FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926. — N° —

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

JACQUES DAUPHIN

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

NÉ A PARIS, LE 30 MARS 1897

L'OBSTÉTRICIE en 1924

REVUE ANALYTIQUE DES PRINCIPAUX TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Président : M. COUVELAIRE, *Professeur.*

MASSON & Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS, VIe

1926

Le Doyen : M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ABRAMI.
ALGLAVE.
AUBERTIN.
BASSET.
BAUDOUIN.
BINET.
BLANCHETIÈRE.
BRANÇA.
BRULÉ.
BUSQUET.
CADÈNAT.
CHAMPY.
CHIRAY.
CLERC.
DEBRÉ.
I. de JONG.
DUVOIR.
ECALLE.
FIESSINGER.
FOIX.
GARNIER.
HARVIER.
HEITZ-BOYER.
HOVELACQUE.
JOYEUX.
LABBÉ (Henri).
LARDENNOIS.
LE LORIER.
LEMAITRE.
LEMIERRE.
LÉVY-SOLAL.
LHERMITTE.
LIAN.
MATHIEU.
METZGER.
MOCQUOT.
MONDOR.
MOURE.
MULON.
PHILIBERT.
RIBIERRE.
RICHET Fils.
TANON.
VAUDESCAL.
VERNE.
VILLARET.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE
pour le service des examens.

MM. GOUGEROT, GUÉNIOT, RETTERER.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE
à titre permanent.

MM. AUVRAY.
CHEVASSU.
LAIGNEL-LAVASTINE
LEREBOULLET.
LÉRI.
LŒPER.
PROUST.
RATHERY.
SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé, FREY, CHAILLEY-BERT, LEDOUX-LEBARD.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage de gratitude et de respect.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR H. VIGNES

Accoucheur des Hôpitaux
Membre de la Société de Biologie
Chevalier de la Légion d'Honneur

qui a bien voulu m'aider de ses conseils.

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. BERGÉ

Médecin de l'Hôpital Broussais

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

(Stage et Externat)

M. LE DOCTEUR A. BERGÉ,

M. LE DOCTEUR O. CROUZON,

M. LE PROFESSEUR P. DELBET,

M. LE DOCTEUR L. DEMELIN,

M. LE DOCTEUR LE LORIER,

M, LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE,

M. LE DOCTEUR J. HUBER,

M. LE DOCTEUR RAVAUT.

MM. LES DOCTEURS : LEVEUF, GIRODE, MORNARD, PORTES, POWILEWICZ.

INTRODUCTION

Ayant passé une grande partie de notre temps d'externat dans plusieurs services d'accouchement, à Lariboisière d'abord avec M. Demelin, puis à la Charité avec M. Le Lorier, et enfin à la Clinique Baudelocque avec M. le Professeur Couvelaire; ayant, d'autre part, eu l'occasion de lire un assez grand nombre de publications obstétricales françaises et étrangères, nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant, en rassemblant tous les faits nouveaux de l'obstétrique mis en lumière au cours d'une année, d'essayer d'en déduire les tendances nouvelles.

Nous avons pu consulter les diverses publications, citées dans ce travail, grâce à la belle organisation de la Bibliothèque du Service de M. le Professeur Couvelaire qui complète le très beau Musée de la Clinique Baudelocque. Nous en exprimons ici à M. le Professeur Couvelaire notre très vive reconnaissance.

Nous avons adopté la classification établie dans la très complète bibliographie du journal *Gynécologie et Obstétrique* par M. Vignes qui nous a si aimablement prodigué ses excellents conseils et que nous remercions très sincèrement.

Nous serons très heureux si cette étude rend aux travailleurs de langue française les mêmes services que rendent les *Year Books*, de Chicago, au monde médical de langue anglaise, et les *Jahresberichte* à celui de langue allemande.

TABLEAU DES ABRÉVIATIONS

POUR LA LECTURE DES INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

(Les numéros en tête de chaque indication renvoient au présent Tableau.)

1, *Bulletin de l'Académie de Médecine* (Paris). — 2, *Comptes rendus de l'Académie des Sciences* (Paris). — 3, *Acta gynec. Scandinavia* — 4, *Acta pediatrica* (Upsal). — 5, *American Journal of obstetrics and gynecology*. — 6, *American Journal of Public Health*. — 7, *American Journal of Hygien* (Baltimore). — 8, *American Journal of Diseases of Child*. — 9, *American Journal of Medical Science*. — 10, *American Journal of tropical Medicine*. — 11, *Annales d'Anatomie Pathologique* (Paris). — 12, *Annales de Médecine*. — 13, *Annales de la Faculté de Médecine de Montevideo*. — 14, *Annales de l'Institut Chirurgical de Bruxelles*. — 15, *Annales et Bulletin de la Société Royale de Médecine de Gand*. — 16, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*. — 17, *Annals of clinical Medicine* (Baltimore). — 18, *Annals of Surgery*. — 19, *Annali di Ostetricia e ginecologia*. — 20, *L'Année Médicale de Caen*. — 21, *Archives médico-chirurgicales de Province*. — 22, *Archiv für Gynäkologie*. — 23, *Archives de Médecine des enfants*. — 24, *Archives des Maladies du cœur*. — 25, *Archivio di Farmacologia sperimentale e scienze affini*. — 26, *Archivio di Ostetricia e ginecologia*. — 27, *Arch. lat. amer. de pediat*. — 28, *Archives of Dermatology and Syphiligraphy*. — 29, *Archives of Pediatrics*. — 30, *L'Art Médical*. — 31, *Arte Ostetrica*. — 32, *Bulletin de l'Association française pour l'étude du Cancer*. — 33, *L'Association Médicale*. — 34, *The Atlantic Medical Journal*.

35, *Bollettino dell' Accademia medica di Perugia*. — 36, *Bollettino e Atti della Reale Accademia medica di Roma*. — 37, *Bollettino delle Scienze mediche di Bologna*. — 38, *Boll. de Soc. de Cirurg. de Chili*. — 39, *Bol. de Soc. d'Obst. y gyn. de Buenos Aires*. — 40, *Boston Med. and Surg. Journal*. — 41, *Brazil Medico*. — 42, *British medical Journal*. — 43, *British Journal of Diseases of Child*. — 44, *Bruxelles Médical*. — 45, *Bull. of the John Hopkins Hospital*. — 46, *Bull. Lying in Hospital* (New-York). — 47, *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de gynécologie de la Suisse Romande*. — 48, *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*. — 49, *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie* (Paris). — 50, *Bulletin de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier*. — 51, *Bull. Med. de Québec*. — 52, *Bulletin de la Société chimique de France*. — 53, *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique* (Paris). — 54, *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine*.

55, *Calabria Medica.* — 56, *Calcutta medical Journal.* — 57, *California and Western Journal.* — 58, *The Cancer.* — 59, *Canadian Medical Association Journal.* — 60, *Casopis lekaruv ceskych.* — 61, *China Medical Journal* (Shangaï). — 62, *Clinica y Laboratorio.* — 63, *Clinica Ostetrica.* — 64, *Comité Médical des Bouches-du-Rhône.* — 65, *Le Concours Médical.* — 66, *La Consultation.* — 67, *Cultura Medica Moderna.*

68, *Deutsche Medizinische Wochenschrift.*

69, *L'Écho médical du Nord.* — 70, *Edinburgh medical Journal.* — 71, *El Siglo Medico.* — 72, *Endocrinology* (Los Angeles).

73, *Finska Lakäres Handling* (Helsingfors). — 74, *Florida medical association Journal.* — 75, *Folia ginecologica.* — 76, *Folia medica.* — 77, *Folha Med.*

78, *Gazette médicale du Centre.* — 79, *Gazette médicale de Nantes.* — 80, *Gazette des Hôpitaux* (Paris). — 81, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux.* — 82, *Gazetta medica lombarda.* — 83, *Gazetta degli Ospedali e delle cliniche.* — 84, *Geburtshilfliche gessellschaft* (Hamburg). — 85, *Georgia medical association Journal.* — 86, *Gesellschaft für geburtshilfe und gynäkologie* (Leipzig). — 87, *Geburtshilflich-gynäkologische gesellschaft* (Vienne). — 88, *Gynécologie et Obstétrique* (Paris). — 89, *Gynäkologische Gesellschaft* (Breslau). — 90, *Ginek. Polska.* — 91, *Gyogyaszat.*

92, *Inaug. Diss.* (Bonn.). — 93, *L'Information médicale.* — 94, *Illinois medical Journal.* — 95, *Indian Med. Gaz.* — 96, *Indiana State Medical association Journal.* — 97, *Iowa State medical Society Journal.*

98, *Journal of Obstetrics and gynecology of the British Empire.* — 99, *Journal de Physiologie et de Pathologie générale* (Paris). — 100, *Journal des Praticiens* (Paris). — 101, *Journal de Médecine de Lyon.* — 102, *Journal of Oriental Medicine.* — 103, *Journal of the American medical association* (Chicago). — 104, *Journal de Médecine de Paris.* — 105, *Journal des Sciences médicales de Lille.* — 106, *Journal Médical Français.* — 107, *Journal of Cancer.* — 108, *Journal of biological Chemistry.* — 109, *Journal of Philippine Islands Medical association.* — 110, *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.* — 111, *Journal de Médecine et de chirurgie de l'Afrique du Nord.* — 112, *Journal of Laborat. and Chim. Med.* (Saint-Louis).

113, *Kansas medical Society Journal.* — 114, *Kentucky Medical Journal.* — 115, *Klinische Wochenschrift.*

116, *La Clinica pediatrica.* — 117, *La Loire Médicale.* — 118, *Lancet* (Londres). — 119, *La Gynécologie.* — 120, *La Médecine française.* — 121, *Latvijas universitatis Raksti, Acta universitatis latviensis.* — 122, *Laryngoscope* (Saint-Louis). — 123, *Le Lait.* — 124, *Liège Médical.* — 125, *L'Hôpital.* — 126, *Lisboa Medica.* — 127, *Long Island Medical Journal.* — 128, *Lyon Chirurgical.*

129, *Maine medical association Journal.* — 130, *Magyar Orvos.* — 131, *Marseille médical.* — 132, *Medical Journal of Australia.* — 133, *Medical Journal and Record* (New-York). — 134, *La Medicina Ibera.* — 135, *Minnesota Med.* — 136, *Michigan State Medical Society.* — 137, *Missouri State medical association Journal.* — 138, *Mitteldeutsche gesellschaft für Geburtshilfe und gynäkologie.* — 139, *Monatsschrift für Geburtshilfe und gynäkologie.* — 140, *Montpellier Médical.* — 141, *Münchener Medizinische Wochenschrift.*

142, *Nebraska State medical Journal.* — 143, *Nederland Maandschrift vor Geneeskunde.* — 144, *Nederland Tydschrift vor Geneeskunde* (Amsterdam). — 145, *Nederlandsche gynaecologische Vereeniging.* — 146, *New-Orléans Med. and Surg. Journal.* — 147, *New York State Journal of Medicine.* — 148, *Northwest Med.* (Seattle). — 149, *Le Nourrisson* (Paris). — 150, *Nordwestdeutsche gesellschaft für gynäkologie* (Hambourg). — 151, *Norsk Magazin for Laegevidenskaben.*

152, *Oberrheinische Gesellschaft für geburtshilfe und Gynäkologie* (Baden-Baden). — 153, *Ohio State Medical Journal.* — 154, *Oklahoma State medical association Journal.* — 155, *Orvosi Hetilap.* — 156, *Hygiea* (Stockholm).

157, *Paris Médical.* — 158, *Pediatria* (Naples). — 159, *Pensiero Medico.* — 160, *Le Phare Médical.* — 161, *Philippine Journal of Sciences.* — 162, *Polska Gaz. Lek.* — 163, *Policlinico, section pratique* (Rome). — 164, *La Presse Médicale* (Paris). — 165, *Le Progrès Médical* (Paris). — 166, *La Pratique médicale française.* — 167, *Proceedings of Royal Society of Medicine.* — 168, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the U. S. A.* — 169, *Practitioner* (Londres). — 170, *Pratica pediatrica.* — 171, *Prensa medica Argentina.* — 172, *Public Health Journal.*

173, *Radiology* (Saint-Paul). — 174, *Rassegna di ostetricia e ginecologia.* — 175, *Revue bretonne d'obstétrique et chirurgie pratiques.* — 176, *Revue mensuelle de Gynécologie et d'obstétrique.* — 177, *Revue médicale de l'Est.* — 178, *Revue médicale de la France et des Colonies.* — 179, *Revue d'Orthopédie.* — 180, *Revue de Pathologie comparée.* — 181, *Revue tunisienne des Sciences Médicales.* — 182, *Revue Neurologique.* — 183, *Revue médicale de la Franche-Comté.* — 184, *Revue d'obstétrique, gynécologie, puériculture* (Bucarest). — 185, *Réunion dermatologique de Strasbourg.* — 186, *Revista medica Cubana.* — 187, *Revue française de gynécologie et obstétrique.* — 188, *Revista de Med. y Cirurg.* (La Havane). — 189, *Revista española de obst. y gyn.* — 190, *Revista de gyn. e obst. de Rio de Janeiro.* — 191, *Revista de gyn. e obst. do Brasil.* — 192, *Revista med. de Barcelona.* — 193, *Riforma Medica* (Naples). — 194, *Rivista di Clinica pediatrica* (Florence). — 195, *Rinascenza medica.* — 196, *Rivista medicale subalpina.* — 197, *Rivista Italiana di ginecologia.* — 198, *Rivista d'ostetricia e ginecologia pratica.* — 199, *Rhode Island medical Journal.* — 200, *Rivista ospedaliera.* — 201, *Rivista medica.* — 202, *Rivista Sanitaria siciliana.*

203, *Les Sciences médicales* (Paris). — 204, *Le Scalpel.* — 205, *Schweizerische Medizinische Wochenschrift.* — 206, *Semana medica* (Buenos Aires). — 207, *Sijecnicki*

Vjesnik (Zagreb). — 208, *Société Belge de gynécologie et d'obstétrique.* — 209, *Comptes rendus de la Société de Biologie* (Paris). — 210, *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie* (Paris). — 211, *Société française d'électricité et de Radiologie.* — 212, *Société de chirurgie de Lyon.* — 213, *Société anatomique de Strasbourg.* — 214, *Société française d'Urologie.* — 215, *Société nationale de Médecine et des Sciences médicales de Lyon.* — 216, *Société médicale des Hôpitaux de Lyon.* — 217, *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.* — 218, *Société de Chirurgie de Marseille.* — 219, *Société Roumaine de Biologie.* — 220, *Société des Chirurgiens de Paris.* — 221, *Société de Médecine de Rouen.* — 222, *Société de Médecine de Toulouse.* — 223, *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.* — 224, *Société de Biologie de Marseille.* — 225, *Société anatomoclinique de Bordeaux.* — 226, *Société Belge de Pédiatrie.* — 227, *Société de Médecine du Bas-Rhin.* — 228, *Société de Pédiatrie* (Paris). — 229, *Southern Medical Journal* (Birmingham). — 230, *South African Medical Record* (Cape-Town). — 231, *South Carolina medical association Journal.* — 232, *Southwestern Med.* — 233, *Studium.* — 234, *Strasbourg Médical.* — 235, *Le Sud médical et chirurgical.* — 236, *Surgery, gynecology, Obstetrics.* — 237, *Surg. Clin. North America.*

238, *Thèse.* — 239, *Texas State Journal of Medicine.* — 240, *Tennesse State Medical association Journal.* — 241, *Tribuna med. argentina.*

242, *Ugeskrift for Laeger* (Copenhague). — 243, *Upsala Lakäres Forhand.* — 244, *United States Naval Med. Bull.* — 245, *L'Union médicale du Nord-Est.*

246, *Virginia Med. Monthley.* — 247, *Versammlung deütscher Naturforscher und Arzte in Innsbruck. Abteilung : Geburshilfe und Gynäkologie.*

248, *West Virginia medical Journal.* — 249, *Wiener Medizinische Wochenschrift.* — 250, *Wiener Klinische Wochenschrift.* — 251, *Wisconsin Medical Journal.* — 252, *Vrat-chebenoe Delo* (Leningrad).

253, *Zentrallblatt für Gynäkologie.* — 254, *Zeitschrift für gebùrtshilfe ùnd Gynäkologie.*

255, *Bulletin général de thérapeutique.* — 256, *Revue anthropologique.* — 257, *Gazette médicale des hôpitaux.* — 258, *Medizinische Klinik.* — 259, *La Médecine pratique.* — 260, *La vie médicale.* — 261, *La Biologie médicale.* — 262, *Le Languedoc Médical.* — 263, *Deutsche Archiv für Klin. Med.* — 264, *Cuore et Circolazione.* — 265, *Glasgow Medical Journal.* — 266, *Revue médicale de la Suisse Romande.* — 267, *Archivos españoles de vediatria.* — 268, *Gynécologie si Obstetrica* (*Bucarest*).

PREMIÈRE PARTIE

GESTATIONS ECTOPIQUES ET NIDATIONS ANORMALES (1)

Étude clinique. — On semble depuis quelque temps attacher une certaine importance, dans les ruptures de gestation tubaire, à la douleur tardive élevée : cette douleur survient deux à trois heures en moyenne après la douleur pelvienne qui, elle, est contemporaine de la déchirure; son siège est haut, vésiculaire, thoracique, cervical, interscapulaire ; sa précocité et son intensité dépendent de l'abondance de l'hémorragie ; elle constitue une indication à intervenir d'urgence (Laffont, Mathieu et Guibal, Balard, Guillemin, Jonesco, Cederberg).

Plusieurs auteurs ont eu l'occasion d'observer des hématocèles qui n'étaient manifestement pas consécutives à des ruptures de gestation extra-utérine. Sans doute la grossesse ectopique a la part prépondérante dans la production des hématocèles ; cependant il y a parfois une autre origine : on rencontre surtout alors les ruptures de kystes ovariens ou de trompes pathologiques ; plus rarement il s'agit d'affections générales, de cardiopathies, ou de fibrome, de sténose cervico-utérine (Mangé, Phaneuf, Crousse, Duhail).

Diagnostic. — Sztehlo a fait plusieurs fois le diagnostic de gestation extra-utérine grâce à la ponction exploratrice du Douglas qui seule, dit-il, permet un diagnostic sûr et exact. Mais Neumann trouve que ce procédé ne semble pas avoir toujours une sûre valeur.

Il faut noter aussi les essais d'utilisation des rayons X pour le diagnostic de la grossesse extra-utérine : la radiographie permet de con-

(1) L'insertion du placenta sur le segment inférieur est traitée ailleurs, p. 19.

stater, surtout après pneumopéritoine, un utérus légèrement augmenté de volume avec une trompe distendue (Speidel et Turner).

Pronostic. — De nombreuses observations relatent des gestations abdominales primitives ou secondaires ayant évolué jusqu'au terme, et ayant souvent permis d'avoir un enfant vivant ; les cas dans lesquels l'issue a été fatale sont ceux dans lesquels le diagnostic a été posé trop tard lors du faux travail (Bergouignan, Brown, Ledoux, Meyer, Moggi, Fite, Hargrove, Cowan, Roxas, Suvansa, Vanverts).

Vaudescal a vu, pour la première fois, une gestation tubaire se terminer par un accouchement spontané à terme, avec enfant vivant expulsé à travers une effraction du Douglas. La femme est morte par hémorragie.

Le pronostic immédiat des gestations doubles, à la fois intra et extra-utérine, reste assez réservé ; mais d'une manière générale, tandis que la rupture tubaire se produit presque constamment, la grossesse intra-utérine peut continuer à évoluer (Nash, Gabastou Reeb).

Le pronostic éloigné de la gestation ectopique apparaît dans la statistique d'Eerland comme assez favorable : sur 116 femmes opérées, il en reste 58 capables de concevoir ; parmi ces 58 femmes, 30 sont devenues enceintes à nouveau et ont eu 35 enfants vivants et 14 avortements, et 5 seulement ont présenté des récidives ectopiques. D'autre part Winson Ramsay signale un cas de gestation extra-utérine bilatérale suivie de gestation normale ; cependant Magalhaes, Vanverts ont observé plusieurs gestations ectopiques récidivantes.

Traitement. — I. — Aigrot insiste sur la nécessité d'intervenir dès que le diagnostic est posé, et de ne pas temporiser. Gentsch dit que, dans une grossesse extra-utérine, qui évolue l'expectative ne présente pas de danger spécial, mais qu'il faut se tenir prêt à opérer vers la 38e semaine qui est le moment favorable.

II. — Lorsque la trompe gravide est rompue, il faut intervenir « immédiatement » ; non seulement, disent Rouville et Marriq, lorsqu'il y a inondation péritonéale grave, ce qui est évident, mais aussi dans le cas de petites hématocèles à répétition : en effet il subsiste alors une menace d'inondation, et de plus, si l'on attend, on s'expose à rencontrer des adhérences qui peuvent nécessiter l'hystérectomie.

III. — Dans les grossesses angulaires, Guillemin, Bloch et Mirallié sont d'accord pour limiter l'intervention à une simple résection

de la corne utérine, sans avoir à craindre la rupture au cours d'une gestation ultérieure.

IV. — Reinhardt, Wolters, ayant étudié des cas de gestation cervicale, concluent à la nécessité d'un diagnostic précoce, car le pronostic peut être considéré comme fatal à partir du 4e mois. L'avortement thérapeutique comporte toujours une hémorragie grave car le placenta est toujours très adhérent; aussi la seule chance de sauver la femme est-elle l'hystérectomie totale d'emblée, sans même essayer d'un curettage préalable.

V. — Enfin au sujet des grossesses intra-ligamentaires, Tewfik Remzy précise que le but de l'intervention est l'extirpation totale du sac fœtal. Quant à la marsupialisation et à l'hystérectomie subtotale, ce ne sont que des procédés de nécessité imposés par les circonstances de chaque cas particulier.

Bibliographie.

Aigrot. Quatre cas de grossesse tubaire double et une itérative. (128. — T. XXI, 1924, p. 516.) — Angeli. Observations sur de nouveaux cas de gestation ectopique, avec commentaires sur la superfétation. (193. — Avril 1924.) — Auvray. Étude de quelques formes rares de la grossesse tubaire. (1. — Séance du 4 nov. 1924.) — Balard. Deux nouvelles acquisitions dans la séméiologie de la grossesse extra-utérine. (81. — Avril 1924, n° 17.) — Bastin. Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des complications de la grossesse tubaire. (238. — Lille, avril 1924.) — Bergouignan. Un cas de gestation péritonéale secondaire. (53. — Déc. 1924, n° 10.) — Bloch et Mirallié. Grossesse angulaire rompue. (53. — Juin 1924, n° 6.) — Boppe et Rouffart. Hématocèle rétro-utérine suppurée ouverte dans le rectum ; occlusion intestinale aiguë. (53. — Déc. 1924, n° 10.) — Bourret. Diagnostic de la grossesse extra-utérine dans les trois premiers mois. (80. — 1924, n° 1.) — Bréchot. Diagnostic de la grossesse ectopique au début. (166. — Fév. 1924, n° 3.) — Brouha. Un cas de grossesse ovarienne jeune. (124. — Janv. 1924, n° 4.) — Brown. Grossesse abdominale avec terminaison favorable à terme. (5. — T. VIII, 1924, p. 101.) — Calderini. Deux cas de gestation double, l'une utérine, l'autre extra-utérine. (196. — N° 3, 1924.) — Cederberg. La douleur au niveau de l'épaule dans la gestation tubaire. (73. — Fév. 1924.) — Chambard. Grossesse ovarienne. (21. — N° 1, 1924.) — Chaton. Sur une topographie particulière de l'épanchement sanguin dans le cas de grossesse extra-utérine rompue : l'hématome pelvi-pariétocolique gauche. (164. — Juillet 1924, n° 56.) — Cowan. Gestation abdominale secondaire ; enfant vivant extrait par cœliotomie. (114. — Déc. 1924.) — Crousse. Kyste du corps jaune ; rupture durant l'examen gynécologique ; hémorragie intra-péritonéale cataclysmique ; laparotomie,

guérison. (14. — Déc. 1924.) — Curti. Inondation péritonéale par rupture de grossesse ectopique ; laparo-salpingectomie. (201. — N° 7, 1924.) — Daly. Gestation extra-utérine. (146. — Vol. 77, juillet 1924.) — Douglas. Importance du diagnostic précoce dans la gestation ectopique. (133. — Nov. 1924.) — Dubouchер. Grossesse tubaire récidivée. Quelques remarques sur la douleur dans la grossesse ampullaire, et sur le traitement des grossesses tubaires doubles ou récidivées. (210. — T. XIV, n° 3, 1925.) — Eerland. Grossesse extra-utérine. (144. — Premier semestre 1924, p. 326.) — Fischer. Une découverte rare en cas de gestation tubaire. (253. — N° 39, 27 sept. 1924.) — Fite. Un cas de gestation abdominale à terme. (154. — Déc. 1924.) — Fournier. Grossesse extra-utérine ; hématosalpinx, laparotomie, guérison. (210. — N° 2, 1925.) — Gabrieljantz. Fœtus putréfié dans un cas de gestation ectopique. (139. — Vol. LXV, cahier 3-4, janv. 1924.) — Gabastou. Double gestation intra et extra-utérine. (39. — Juin 1924, n° 5.) — Gentsch. Deux cas de grossesse extra-utérine avec enfant vivant à terme. (253. — N° 44, 1er nov. 1924.) — Gibson. Gestations ectopiques. (61. — Juillet 1924.) — Godlewsky. Rupture d'un kyste hématique de l'ovaire consécutif à une grossesse ovarienne ancienne ; fibrome concomittant. (210. — T. XIII, 1924, p. 367.) — Graba-Lecki. Étiologie de la gestation tubaire. (90. — Vol. III, fasc. IV-VI, 1924.) — Graefe. L'accroissement des grossesses tubaires dans les deux dernières années, et leur cause probable. (253. — N° 51, 20 déc. 1924.) — Grizzard. Gestation ectopique. (240. — Nov. 1924.) — Guillemin. 1° A propos de la douleur élevée dans une grossesse extra-utérine (210. — T. XIII, 1924, p. 531.) — 2° Grossesse interstitielle rompue, transfusion sanguine, guérison. (210. — T. XIII, 1924, p. 677.) — 3° Grossesse extra-utérine bilatérale successive. (210. — T. XIV, 1925, n° 1.) — Hargrove. Gestation abdominale à terme ou près du terme. (239. — Sept. 1924.) — Hegedut. Un cas de grossesse extra-utérine bilatérale. (130. — N° 2, 1924.) — Heim. Grossesse interstitielle. (253. — N° 7, 16 fév. 1924.) — Henrotay. Un cas de grossesse angulaire. (208. — Séance du 2 fév. 1924.) — Hermans. Rupture de gestation ectopique. (144. — Mars 1924.) — Heyn. Un cas de grossesse interstitielle rompue évoluant jusqu'au terme, sous l'aspect d'une grossesse utéro-abdominale. (139. — Vol. LXVII, cahier 3-4, 1924.) — Hirschberg. Observation de contraction des trompes. (253. — N° 16, 19 avril 1924.) — Inostroso. Gestation angulaire. (38. — N° 17, 1924.) — Jacquemart. Un cas de grossesse abdominale à terme. (54. — P. 49, 1924.) — Jeanne. Grossesse extra-utérine de trois mois arrêtée dans son développement sans signes cliniques. (221. — Séance du 11 fév. 1924.) — Jonesco. Considérations sur le signe de Laffont dans la grossesse extra-utérine rompue. (184. — Déc. 1924.) — Johnson. Un cas de gestation tubaire avec rupture utérine. (142. — Vol. 9, mai 1924.) — Kendig. Diagnostic de la gestation extra-utérine. (246. — Fév. 1924.) — Kraul. Rupture tardive en cas de grossesse tubaire. (253. — N° 40, oct. 1924.) — Kritzler. Pessaire intra-utérin et grossesse extra-utérine. (253. — N° 9, 1er mars 1924.) — Kuncz. La grossesse extra-utérine. (155. — N° 4, 1924.) — Laffont. La douleur tardive élevée dans la grossesse extra-utérine. Un nouveau signe de rupture tubaire. (164. — N° 16, fév. 1924.) — Lapointe. Les formes cliniques de

l'hémo-péritoine par interruption de la grossesse tubaire. (203. — 31 octobre 1924.) — Ledoux. Gestation abdominale à terme. (146. — Fév. 1924.) — Leyland-Robinson. Un cas de gestation ovarienne. (98. — Vol. 31, n° 3, 1924.) — Lorant von Toldy. Hématocèle rétro-utérine par suite d'hémorragie ovarienne, en ayant imposé pour une grossesse extra-utérine. (253. — N° 4, 26 janv. 1924.) — Magalhaes. Gestation ectopique récidivante. (191. — N° 3, mars 1924.) — Mandelstamm. Symptomatologie de la rupture de l'enveloppe d'un œuf ectopique, avec épanchement de sang dans la cavité abdominale. (253. — N° 23, 7 juin 1924.) — Mangé. Un cas d'hématocèle pelvienne non gravidique. (210. — T. XIII, 1924, p. 114.) — Maroudis. Un kyste échinococcique du Douglas en ayant imposé pour une gestation extra-utérine. (253. — N° 1-2, 12 janv. 1924.) — Marricq. Un cas de gestation extra-utérine de trois mois. (54. — N° 10, nov. 1924.) — Mathieu et Guibal. 1° A propos de la douleur tardive élevée dans la rupture de grossesse tubaire. (210. — T. XIII, 1924, p. 661.) — 2° Phénomènes douloureux paradoxaux et douleur tardive élevée dans un cas de rupture de grossesse tubaire. (210. — T. XIII, 1924, p. 395.) — Meyer. Gestation abdominale primitive. (73. — Juin 1924.) — Moggi, Duboucher, Houel et Sudaka. Un cas de grossesse abdominale. (210. — T. XIII, 1924, p. 243.) — Momigliano. Grossesse tubaire bilatérale. (116. — N° 1, janv. 1924.) — Moulonguet-Doléris. Contribution à l'étude de la grossesse ovarienne. (119. — Mai 1924.) — Nash. Rupture d'une gestation tubaire accompagnant une gestation intra-utérine. (118. — Sept. 1924.) — Neumann. Diagnostic différentiel de la grossesse extra-utérine. (253. — N° 43, 25 oct. 1924.) — Nicholson et Sanz. Gestation ovarienne. (39. — T. III, 15 oct. 1924.) — Nijhoff. Grossesse extra-utérine multiple. (145. — Mars 1924.) — Nurnberger. Physiologie pathologique de la guérison spontanée des grossesses tubaires. (22. — Vol. CXXI, cahier 1, 1924.) — Odon Khoor. Remarques sur les gestations ectopiques non traitées, avec issue fatale. (253. — N° 11, 15 mars 1924.) — Paucot. Hématocèle par rupture intraligamentaire de grossesse tubaire. (210. — T. XIII, 1924, p. 631.) Perazzi. Gestation extra-utérine méconnue, évoluant jusqu'au terme. (116. — N° 6, 1924.) — Perli. Gestation intra-pariétale. (253. — N° 52, déc. 1924.) — Pettazzi Peruzza. Glycosurie phloridzique et gestation extra-utérine. (198. — Fév 1924.) — Pfeiffer. Grossesse tubaire intra-ligamentaire. (139. — Vol. LXV, cahier 1-2, 1924.) — Phaneuf. Hémorragie intra-péritonéale par rupture d'un kyste ovarien. (103. — T. 83, n° 9, août 1924.) — Phillips. Gestation ectopique. (246. — Sept. 1924.) — Philpot. Gestation ectopique. (146. — Déc. 1924.) — Poten. Une grossesse péritonéale pure. (22. — Vol. CXXII, cahier 1-2, 1924.) — Protti. Migration interne de l'œuf dans la grossesse tubaire. (75. — Fasc. IV, 1924.) — Putnin. L'étiologie de la grossesse extra-utérine et le mécanisme de la migration de l'ovule. (121. — 1924.) — Reeb. Grossesse gémellaire intra et extra-utérine. (210. — T. XIII, 1924, p. 217.) — Reinhardt. A propos de la gestation cervicale. (253. — N° 27, 5 juillet 1924.) — Remmelts. Deux cas de grossesse ovarienne. (253. — N° 12, 22 mars 1924.) — Riotte. Avortement tubaire et inondation péritonéale. (210. — T. XIV, 1925, n° 1.) — Rochet et Labry. Forme anormale épigastrique de rupture tubaire. (215. — Séance du 12 mars 1924.) — De

Rouville et Coll de Carrera. Grossesse tubaire avec apoplexie ovulaire (210. — T. XIII, 1924, p. 367.) — De Rouville et Madon. Avortement tubaire, hémorragies à répétition, laparotomie, guérison. (210. — T. XIII, 1924, p. 373.) — De Rouville et Vallois. Un cas d'avortement tubaire. (210. — T. XIII, 1924, p. 746.) — Roxas Villarama. Gestation intraligamentaire primitive avec enfant vivant. (109. — Fév. 1924.) Schatz. — Le traitement opératoire des grossesses extra-utérines continuant à évoluer. (139. — Vol. LXVII, cahier 1-2, 1924.) — Schickelé. La grossesse tubaire du 3e et 4e mois. (210. — T. XIII, 1924, p. 700.) — Schneider. Données sûres de la gestation ectopique primitive. (139. — Vol. LXV, cahier 3-4, janv. 1924.) — Schreiber. Gestation tubaire bilatérale. (253. — N° 41, 11 oct. 1924.) — Schwartz, Lubin et Ameline. Perforation du rectum par placenta ectopique. (157. — 21 juin 1924.) — Schweitzer. Formes rares de grossesses tubaires. (86. — Séance du 18 mai 1924.) — Siredey. Le diagnostic de la grossesse ectopique. (110. — Sept. 1924.) — Speidel et Turner. Radiodiagnostic des gestations normales et anormales. (5. — N° 6, juin 1924.) — Scheid et Bukofzer. Sur les relations du grand épiploon avec un œuf ectopique. (253. — N° 21, 24 mai 1924.) — Stefani. A propos de la grossesse tubaire; de la localisation anté-utérine du produit d'avortement. (238. — Montpellier, 1923-1924.) — Sutton. Grossesse ovarienne. (5. — Vol. VII, 1924, p. 1.) — Suvansa. Gestation ovarienne intra-péritonéale à terme (118. — Mars 1924.) — Suwelack. La gestation extra-utérine dans la Clinique de Würzburg. (253. — N° 29, juillet 1924). — Sztehlo. Le diagnostic et le traitement de la grossesse extra-utérine dans les dix dernières années. (253. — N° 49, 6 déc. 1924.) — Tewfik Remzy. Technique opératoire des grossesses intraligamentaires. (88. — T. IX, n° 5, 1924.) — Thurston Scott. Le moment favorable pour intervenir dans les gestations ectopiques. (5. — Vol. VII, fév. 1924.) — Toldy. Hémorragie ovarienne prise pour une grossesse extra-utérine. (155. — N° 14. 1924.) — Van Cauwenberghe. L'importance de la grossesse extra-utérine dans l'enseignement obstétrical moderne. (15. — Juin 1924). — Vanverts. 1° Grossesse abdominale à terme, rétention fœtale. (210. — T. XIII, 1924, p. 453.) — 2° Récidive de grossesse tubaire. (210. — T. XIII, 1924, p. 519.) — 3° Fausse inclusion de la trompe gravide dans le ligament large. (210. — T. XIII, 1924, p. 629.) — Vaudescal. Évolution invraisemblable d'une grossesse extra-utérine. Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant. Hémorragie profuse de la délivrance entraînant la mort. (210. — T. XIII, 1924, p. 785.) — Vautrin. La grossesse abdominale. (210. — T. XIII, 1924, p. 665.) — Vercesi. Gestation dans une corne utérine rudimentaire et atrésique. (75. — Vol. XIX, fasc. IV, 1924.) — Westphalen. Grossesse isthmique de la trompe. (253. — N° 6, fév. 1924.) — Weum. Traits cliniques de la gestation extra-utérine. (135. — — Fév. 1924.) — Wilbert. Grossesse interstitielle. (53. — Séance du 20 déc. 1924.) — Winson Ramsay. Grossesse normale après opération pour grossesse ectopique des 2 trompes. (167. — T. XVII, avril 1924.) — Wolters. Au sujet de la grossesse cervicale. (253. — N° 12, 22 mars 1924.)

DEUXIÈME PARTIE

GESTATION NORMALE

Chapitre I.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE (1)

I. — PHYSIOLOGIE DU PLACENTA

De nombreuses recherches ont été faites sur le placenta; les plus importantes ont trait à l'étude de la perméabilité de cet organe. Jolly a décrit didactiquement les dispositions histologiques qui règlent au niveau du placenta les échanges entre mère et fœtus et le passage du fer et de l'oxygène. M^lle^ Lachowsky a, après injection de fortes doses de lécithine, retrouvé des granulations phosphorées autour des vaisseaux villositaires. Holterman a montré comment le bleu de méthylène passe de la mère au fœtus. Enfin, Vignes, après avoir injecté à des cobayes femelles du sulfate de manganèse, n'a trouvé dans le fœtus que quelques micro-milligrammes de manganèse. Il conclut que bien des métaux et métalloïdes étrangers à l'organisme (et l'arsenic est du nombre) ne se trouvent pas dans le fœtus à des concentrations suffisantes pour une action curatrice, et qu'ils n'agissent probablement qu'au niveau du revêtement placentaire; ces faits confirment la notion clinique que la syphilis du fœtus est mal curable et qu'il faut s'essayer à une prophylaxie réalisée par l'imprégnation très précoce du placenta au moyen d'arsenic ou de mercure.

Il faut citer aussi les recherches de Del Vivo et Corinaldesi sur le

(1) Nous avons adopté pour le début de ce chapitre la classification de la *Physiologie obstétricale*, de Vignes, en la modifiant légèrement.

développement de l'œuf humain à terme, où ils étudient longuement le placenta dans ses rapports avec le développement de l'œuf.

Clogne, Mlle Welti et Pichon ont confirmé que dans le placenta le taux du glycogène va en diminuant du 3e au 9e mois. Enfin de l'étude de Schmitt sur la respiration placentaire et sur l'action de la réaction du sang et des ions H sur le diamètre des vaisseaux, il ressort que la concentration ionique de l'hydrogène des tissus et l'oxygène du sang règlent la respiration placentaire.

Bibliographie.

Ceresoli. Les principes actifs des extraits placentaires, et leur action sur les organes génitaux de la femme. (193. — N° 16, avril 1924.) — Clementi. Sur la présence de la biliverdine et du fer dans la zone marginale du placenta des chiennes. (163. — Fasc. 34, 1924.) — Clogne, Mlle Welti et Pichon. Dosage du glycogène dans le foie du fœtus et dans le placenta. (88. — T. X, n° 1, 1924.) — Dal Collo Bonaretti. Anatomie du placenta humain à terme. (26. — Série II, 1924.) — Davis, Kellog et Amolsch. Étude anatomo-clinique de 875 placentas. (5. — Vol. VII, n° 6, 1924.) — Del Vivo et Corinaldesi. Développement de l'œuf humain au terme de la grossesse. (197. — Janv. 1924.) — Holterman. Le passage du bleu de méthylène de la mère au fœtus. (253. — N° 46, 15 nov. 1924.) — Jolly. Échanges au niveau du placenta. (*Traité technique d'hématologie,* par Jolly. — T. II, p. 1061.) — Mlle Lachowsky. Recherches histochimiques sur le passage de quelques corps simples dans le placenta. (238. — Paris, 1923-1924.) — Ribadeau-Dumas. La transmission des anticorps tuberculeux et syphilitiques de la mère à son enfant. (149. — Mai 1924.) — Schmitt. Étude sur la respiration placentaire. (253. — N° 8, 23 fév. 1924.) — Vignes. Passage du manganèse et de quelques autres métaux à travers le placenta. (209. — T. II, 1924, p. 82.) — Wintz. Recherches sur la sécrétion interne du corps jaune et du placenta. (68. — N° 3, 18 janv. 1924.)

II. — LIQUIDE AMNIOTIQUE

Williams et Bargen ont trouvé de l'acide urique et de la créatinine dans le liquide amniotique où ils sont à une concentration plus élevée que dans le sang, et cette concentration va en augmentant, de même que celle de l'urée et de l'azote non protéique; ce qui suggère que l'urine fœtale pourrait bien être, du moins partiellement, l'origine du liquide amniotique. Par ailleurs, d'après les études de Vrbitch, il semblerait que l'embryon commence à absorber le liquide amnio-

tique à partir du milieu de la vie embryonnaire, et cela, d'autant plus qu'il est plus âgé.

Bibliographie.

Belosor. Dégénérescence hyaline de l'amnios. (252. — N° 5, mars 1924.) — Holterman. Le passage du bleu de méthylène de la mère au fœtus. (253. — N° 46, 15 nov. 1924.) — Vercesi. Présence d'acide glycuronique dans le liquide amniotique. (163. — Juin 1924.) — Vrbitch. Sur l'absorption du liquide amniotique par l'embryon. (209. — T. XCI, n° 26, 1924.) — Williams et Bargen. Le liquide amniotique humain contient de l'acide urique. (5. — Avril 1924, p. 406.)

III. — FOIE ET GESTATION

Rivière et Lafon del Valle, après leurs études sur l'hémoclasie digestive au cours de la puerpéralité, concluent, à l'encontre de Powilewicz et de Didier, que cette épreuve, jugée sur la leucopénie, ne traduit pas assez fidèlement la valeur du fonctionnement hépatique, et, qu'en l'absence de signes cliniques, sa positivité ne peut autoriser à considérer la femme comme une hépatique latente.

Clauser constate qu'en dehors de la lipase habituelle du sérum, il y a dans le sang de la femme en état de gestation une nouvelle lipase qui ne s'y trouve pas dans les conditions normales, qu'il faut considérer comme la lipase du foie passée dans la circulation, fait qui peut être interprété comme l'indice d'une perturbation fonctionnelle de la glande hépatique.

Decio, observant que la teneur de la bile en cholestérine diminue pendant la gestation, surtout vers la fin, pense qu'il y a là une preuve de la rétention de cholestérine dans l'organisme des femmes enceintes, mais qu'il ne faut pas y voir l'unique origine de l'hypercholestérinémie gravidique. D'autre part, cet auteur a pu établir que l'accumulation de graisse dans le foie, dans la 2e moitié de la gestation, est principalement d'origine alimentaire, et a essentiellement la signification d'un acte de nutrition destiné à faire face aux exigences plus grandes de l'organisme maternel et aux besoins de l'organisme fœtal.

Bibliographie.

Clauser. Les ferments lipolytiques dans le sérum sanguin de la femme enceinte. (197.

— Vol. III, fasc. 1, 1924-1925.) — Decio. 1° Recherches chimiques sur la bil dans la gestation. (197. — Vol. II, fasc. 2, janv. et fév. 1924.) — 2° Le contenu du foie en lipoïdes dans la gestation. (197. — Vol. II, 1924, p. 718.) — Kleesattel. Les acides biliaires dans la gestation. (115. — N° 3, 7 oct. 1924.) — Rivière et Laffon del Valle. L'épreuve de l'hémoclasie digestive au cours de la puerpéralité. Sa valeur, sa signification. (187. — 10 janv. 1924.) (1).

IV. — REINS ET VESSIE

La présence du sucre dans l'urine vers la fin de la gestation est un fait physiologique; Vignes et Barbaro qui ont étudié cette glycosurie gravidique simple ont précisé les critères qui permettent de la différencier du diabète : le sucre de la glycosurie physiologique est représenté d'ordinaire par du lactose; son taux, habituellement, est léger; il n'y a pas d'hyperglycémie concomitante. On sait que thyroïde, surrénale, hypophyse présentent les signes d'une activité exagérée chez la plupart des femmes enceintes; on sait aussi que cette suractivité glandulaire est capable de produire de la glycosurie; mais cela ne suffit pas pour affirmer que la glycosurie gravidique soit liée à un hyperfonctionnement de ces glandes, d'autant plus qu'il manque à la glycosurie gravidique l'accompagnement de l'hyperglycémie qui est de règle dans les syndromes d'hyperthyroïdisme, d'hyperpituitarisme et d'hypersurrénalisme. En ce qui concerne le rôle de l'ovaire, les travaux récents semblent lui attribuer une certaine importance dans le métabolisme du sucre.

Bibliographie.

Barco. Le fonctionnement des reins dans la gestation normale. (196. — N° 1, 1924.) — Buzzoni. Les troubles vésicaux de la gestation. (31. — N° 6, 1924.) — Graham. Gestation et glycosurie rénale. (167. — Vol. XVII, n° 6, août 1924.) — Rabinovitch. Glycosurie au cours de la gestation. (59. — N° 14, mai 1924.) — Schenck. Gestation avec glycosurie et hyperglycémie. (5. — Vol. VIII, n° 4, oct. 1924.) — Schmitz. La vessie en obstétrique et en gynécologie. (137. — Mars 1924.) — Stevens et Arthurs. La vessie de la femme enceinte. (103. — T. 83, n° 21, nov. 1924.) — Vignes et Barbaro. Glycosurie et diabète au cours de la gestation. (164. — 20 déc. 1924.) — Zondek. Les reins pendant la gestation. (115. — N° 41, 1924.)

(1) Voir aussi Sang, p. 12 et 13.

V. — THYROIDE, SURRÉNALES, HYPOPHYSE

Hirsch. Perte de poids à la fin de la grossesse. (139. — N° 67, oct. 1924.) — Jackson. L'hyperthyroïdisme au cours de la gestation. (17. — Mars 1924.) — Knaus. Fonctionnement de la glande thyroïde dans la grossesse. (247. — 21 sept. 1924.) — Munro. Administration de glande thyroïde pendant la grossesse. (70. — N° 5, déc. 1924.) — Vignes. Les capsules surrénales pendant la gestation. (259. — 30 mai 1924.) — Wehefritz. Glandes endocrines et gestation. (253. — N° 7, 16 fév. 1924.)

VI. — LA NUTRITION

Abels. Alimentation de la mère et ses forces pendant l'accouchement. (253. — N° 7, 16 fév. 1924.) — Hirsch. La chute du poids à la fin de la gestation. (139. — Vol. LXVII, cahier 5, oct. 1924.) — Kemper. Les relations de poids du corps pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. (22. — Vol. CXXI, cahier 2, 1924.) — Klaften. Recherches sur les échanges gazeux respiratoires chez la femme enceinte. (139. — Vol. LXVI, cahier 1, 1924.) (1).

VII. — FONCTIONNEMENT DES OVAIRES

Niessen. Multiples corps jaunes dans une grossesse unique. (253. — N° 17, 26 avril 1924.) — Wintz. Recherches expérimentales sur la sécrétion interne du corps jaune et du placenta. (68. — N° 3, 1924.)

VIII. — FONCTIONNEMENT DU CŒUR ET DES VAISSEAUX

Baer et Reiss. Les capillaires sanguins au cours de la gestation. (103. — T. 82, n° 7, fév. 1924.) — Grzechowiak. Tension capillaire au cours de la gestation et dans les suites de couches. (254. — Vol. 88, cahier 1, fév. 1924.) — Haupt. Tension chez la femme enceinte, en couches et dans les suites de couches. (254. — Vol. 88, cahier 1, fév. 1924.) — Kuhn. Remarques sur la question de l'hypertension sanguine dans la gestation. (253. — N° 6, 9 fév. 1924.) — Schreiner. Phénomènes capillaires au niveau de l'ongle. (253. — N° 11, 15 mars 1924.) — Weiss. L'accroissement du travail du cœur pendant la gestation. (115. — N° 3, 1924.)

(1) Voir aussi Sang, p. 12 et 13.

IX. — SANG ET ORGANES HÉMATOPOIÉTIQUES

Albano, Bergmann, Plass et Bogert ont étudié la concentration protéique du sérum sanguin dans la gestation; ils admettent avec Zangemeister qu'il y a abaissement du taux des protéines pendant la gestation; ce n'est que dans les suites de couches que la concentration protéique remonte pour atteindre la normale. Plass, Stander et Williams ont constaté chez la gestante normale une diminution de l'azote non protéique et de l'urée qui subissent une réascension au cours du travail.

Clauser a observé que le sérum sanguin de la femme enceinte dans les deux derniers mois de la gestation a un pouvoir lipolytique inférieur à celui du sérum sanguin de femme non enceinte. Cette diminution du pouvoir lipolytique doit être attribuée à l'augmentation dans le sang de substances à action catalytique qui paralysent partiellement l'action de la lipase; il faut attribuer, au moins en partie, à ce fait l'augmentation des graisses neutres constatée dans le sang des femmes enceintes.

Stander et Creadick ont mis au point une méthode nouvelle qui permet d'étudier le volume total du sang du corps; cette méthode montre que dans la gestation il y a augmentation du volume de la masse totale du sang. Fick a remarqué qu'à la fin de la gestation, la quantité de sang circulant dans la moitié supérieure du corps double de volume.

D'après Ferracciu, Pribram, le taux de la cholestérine du sang augmente progressivement pendant la grossesse, puis il diminue dans les suites de couches pour rejoindre son chiffre normal.

Bibliographie.

Albano. Contribution à l'étude de la concentration protéique du sérum sanguin dans l'état puerpéral. (197. — Vol. III, fasc. 1, 1924.) — Bergmann. Détermination de l'albumine du sérum et des globules rouges chez la femme enceinte saine et chez l'hydropisique. (253. — N° 25, 21 juin 1924.) — Bokelmann. Acidose de la gestation. (254. — T. LXXXVIII, 18 déc. 1924.) — Bunker et Mundell. La valeur du chimisme du sang dans la grossesse. (103. — Vol. 83, n° 11, 13 sept. 1924.) —

Clauser. Les ferments lipolytiques dans le sérum sanguin de la femme enceinte. (197. — Vol. III, fasc. 1, 1924.) — Delore. De l'alcalinité et de l'acidité des milieux biologiques. Équilibre acido-basique du sang. (30. — N° 7, juillet 1924.) — Denis et King. Étude chimique des constituants inorganiques du sang dans la gestation normale ou anormale. (5. — Vol. VII, n° 3, mars 1924.) — Ehrenfest. Métabolisme des hydrates de carbone pendant la gestation. (5. — Vol. VIII, n° 6, déc. 1924.) — Ferracciu. Recherches sur la cholestérine du sang et du liquide duodénal dans la gestation. (197. — Vol. III, fasc. 1, nov. 1924.) — Fick. La répartition du sang dans le corps des femmes enceintes. (139. — Vol. LXV, cahier 3-4, 1924.) — Goldsborough et Roman. Rapports entre la bactériémie maternelle, placentaire et fœtale. (147. — Juin 1924.) — Harding et Drew Allen. Valeurs de l'acide urique et des corps azotés non protéiques dans le sang de la femme enceinte. (98. — Vol. 31, n° 4, 1924.) — Hermann et Korfeld. La bilirubinémie physiologique chez la femme enceinte. (250. — N° 47, 20 nov. 1924.) — Kaboth. L'importance des protéines dans l'alimentation de la femme enceinte. (22. — Vol. CXXI, 20 mars 1924.) — Kleesattel. Les acides biliaires dans la gestation. (115. — N° 3, 7 oct. 1924.) — Kurten. Teneur en cholestérine et stabilité de suspension du sang pendant la grossesse et les suites de couches. (115. — N° 27, 1924.) — Plass. La rétention de l'azote non protéique dans l'éclampsie et les états voisins. La courbe de l'azote du sang dans la grossesse normale et dans les toxémies gravidiques. (45. — T. XXXV, n° 405, nov. 1924.) — Plass et Bogert. Variations des protéines du plasma au cours de la gestation normale et pathologique. (45. — T. XXXV, n° 405, nov. 1924.) — Pitimada. Sur la présence d'agglutinines non spécifiques dans le sérum sanguin de la femme enceinte. (163. — Juin 1924.) — Pribram. A propos des échanges de cholestérine dans les tissus pendant la gestation et l'accouchement. (22. — Vol. CXIX, cahier 1, 1924.) — Puxeddu. Sur les causes déterminant la rapidité de sédimentation du sang. (76. — N° 23, 15 déc. 1924.) — Reverdy. Considérations sur le calcium dans l'organisme, particulièrement pendant la gestation ; effets des rayons ultra-violets sur la calcémie. (238. — Montpellier, 1923-1924.) — Ricart. L'index anti-hémolytique humain dans l'état puerpéral. (163. — Juin 1924.) — Sandiford et Wheeler. Le métabolisme basal, avant, pendant et après la grossesse. (108. — Déc. 1924.) — Stander. Le sang au point de vue chimique au cours de la gestation. (45. — Vol. XXXV, n° 399, mai 1924.) — Stander et Creadick. Volume du sang dans la gestation. (45. — Vol. XXXV, n° 395, janv. 1924.) — Tesauro. Contribution à l'étude du sang de la femme enceinte : viscosité, temps de coagulation. (163. — Juin 1924.) — Weissmann-Netter. Recherches sur la réserve alcaline du sang dans l'état de gestation, le travail, le post-partum et la lactation. (209. — Séance du 5 avril 1924.) — Vignes. Leucémie et gestation. (100. — 18 oct. 1924.)

X. — *SYSTÈME NERVEUX VÉGÉTATIF*

On s'est beaucoup occupé, surtout en Allemagne, des modifications du système nerveux végétatif dans la gestation. D'après Seitz, ces

modifications consistent : 1° en une tendance à la vaso-dilatation qui, à la fin de la grossesse, fait place à une tendance à la vaso-constriction ; 2° en signes de sympathicotonie et phénomènes de vagotonie. Louros, Knaus, Peyser, Vowinckel ont étudié la vagotonie de la gestation par l'action expérimentale de l'adrénaline sur la tension artérielle chez la femme enceinte ; bien que divergeant d'opinion sur la méthode à employer (injection sous-cutanée ou intra-veineuse d'adrénaline), ils admettent tous une hypersensibilité des deux parties du système nerveux végétatif, sans pouvoir prouver qu'il y ait prédominance de sensibilité du sympathique ou du parasympathique, sauf Louros qui, lui, trouve la vagotonie particulièrement fréquente.

Bibliographie.

Knaus. La vagotonie, symptôme de grossesse. (253. — 12 avril 1924.) — Louros. 1° La vagotonie comme symptôme de grossesse. (253. — N° 15, 12 avril 1924.) — 2° Vagotonie de la gestation. (253. — N° 35, 30 août 1924.) — Nevermann. Valeur des variations vaso-motrices pendant la gestation. (68. — N° 3, 18 janv. 1924.) — Peyser. Recherches sur le système nerveux végétatif au cours de la gestation. (253. — N° 8, 23 fév. 1924.) — Seitz. Le système nerveux végétatif et ses troubles durant la grossesse. (141. — Vol. LXXI, n° 27, juillet 1924.) — Vowinckel. Action de l'adrénaline sur la tension artérielle chez la femme enceinte, dans les suites de couches, et en cas d'éclampsie. (253. — N° 26, 28 juin 1924.)

XI. — UTÉRUS, VAGIN ET ABDOMEN PENDANT LA GESTATION

Apel. L'état de pureté du vagin à la fin de la gestation. (22. — Vol. CXIX, cahier 1, 1924.) — Bourcart. Parois abdominales et gestation. (47. — N° 32, janvier 1924.) — Hornung. Examen histologique de l'utérus gravide et pendant les suites de couches, surtout au point de vue de la réaction à la peroxydase. (253. — N° 40, 4 oct. 1924). — Houlton. L'examen de la flore vaginale dans la grossesse. (98. — Vol. 31, n° 2, 1924.) — Kiehne. L'état du col de l'utérus dans les derniers mois de la gestation. (254. — Vol. LXXXVIII, cahier 1, 1924.) — Kross. La sécrétion utérine. (5. — Vol. VII, n° 3, mars 1924.) — Von Graff. Le ramollissement du col chez les primipares. (22. — Vol. CXXII, 1er juillet 1924.)

XII. — DÉVELOPPEMENT DU FŒTUS ET DURÉE DE LA GESTATION

Ancel et Wintemberger. Action accélératrice des rayons X sur le développement embryonnaire. (209. — N° 26, 1924, p. 604.) — Curini Galletti. Influence du

sperme sur le développement de l'embryon et sa substitution aux liquides nourriciers. (25. — 15 oct. 1924.) — Desbrières. Étude statistique sur les gros enfants. (238. — Paris, avril 1924.) — Heyn. Durée totale de la gestation de 229 jours avec enfant à terme. (141. — N° 43, 1924.) — Hirsch. Perte de poids à la fin de la grossesse. (139. — N° 67, oct. 1924.) — Holmes. Anatomie, physiologie et pathologie du nourrisson. (8. — Vol. 27, mars 1924.) — Morse. Examen physique du nourrisson. (96. — Janvier 1924.) — Peller et Bass. Rôle des vitamines sur le développement du fœtus. (254. — Vol. LXXXVIII, cahier 1, 1924.) — Pieraccini et Puccioni. De la natalité et de quelques conditions gravido-fœtales pendant la période de guerre. (197. — Vol. II, 1924.) — Rissmann. La durée de la gestation et le degré de développement du fœtus. (141. — N° 51, 19 déc. 1924.) — Szenes et Mondré. Durée des règles et développement du fœtus. (253. — N° 39, 27 sept. 1924.) — Mlle Troncay. Étude de la dissociation de croissance staturale et pondérale. (238. — Paris, mars 1924.) — Vignes. 1° Le poids des enfants nés à terme ou au voisinage du terme dans la population hospitalière de l'agglomération parisienne. (256. — Mars-avril 1924, p. 152.) — 2° Le déterminisme du sexe. (165. — 23 août 1924.) — Del Vivo et Corinaldesi. Le développement de l'œuf humain au terme de la grossesse. (197. — Janv.-fév. 1924.) — Vogt. Recherches sur le développement du squelette fœtal et des viscères, sur des coupes congelées. (22. — Vol. CXIX, cahier 2, 1924.) — Walter Vogel. Forme du crâne chez le nouveau-né. (254. — Vol. LXXXVIII, cahier 1, 1924.) — De Castro. Stigmates tardifs de la naissance prématurée. (267. — Oct. 1924.) — Wesselink. Les diverses saisons et le maximum des naissances. (143. — Juin 1924, p. 248.)

Chapitre II.

DIAGNOSTIC DE LA GESTATION

Le radio-diagnostic. — Malgré les améliorations de technique et les perfectionnements apportés aux appareils, on ne peut actuellement chercher dans la radiographie une méthode de diagnostic précoce de la gestation ; la radiographie ne donne en effet à ce point de vue des résultats constants que dans la seconde moitié de la grossesse où son principal intérêt devient alors de permettre la reconnaissance des anomalies de la gestation. Portes, exprimant l'avis de la majorité des accoucheurs, juge les résultats obtenus encourageants, mais en aucun cas, dit-il, la radiographie obstétricale ne doit se substituer aux méthodes courantes de diagnostic; il faut

néanmoins l'employer fréquemment, et ne pas en faire une méthode d'exception (Favreau, Henrotay, Lamarque et Roume).

La glycosurie phloridzique. — Cette épreuve dont les résultats sont inconstants et qui est trop souvent positive en dehors de l'état de gestation n'a pas une valeur suffisante pour permettre le diagnostic de grossesse (Bronnicoff, Harnik, Neu), surtout dans les premiers mois (Crainicianu, Goldenberg, Klaften).

La rapidité de sédimentation des globules rouges est, pour Falta, un signe constant de gestation après le quatrième mois. Les valeurs de cette réaction augmentent au fur et à mesure de la grossesse pour atteindre leur maximum au moment de l'accouchement; mais en raison des variations propres à chaque femme, on ne peut l'utiliser pour déterminer le terme de l'accouchement (Raunert, Clementi, Klaften).

En somme, tous les procédés étudiés sont loin de réaliser ce que l'on se propose, c'est-à-dire le diagnostic *précoce* de la gestation.

Bibliographie.

Barach. Le diagnostic précoce de la gestation. (249. — N° 27, 1924.) — Blanche. La radiologie obstétricale. (238. — Paris, juillet 1924.) — Bosc. De la radiographie du fœtus pendant la gestation. (238. — Bordeaux, 1923-1924.) — Bronnicoff. La valeur diagnostique de la glycosurie phloridzique comme signe précoce de grossesse. (253. — N° 45, 8 nov. 1924.) — Carrasco y Formiguera. La radiographie de la gestation. (189. — An IX, n° 100, avril 1924.) — Clemente. Contribution à l'étude de la rapidité de sédimentation des globules rouges. (26. — Vol. II, n° 7, 1924.) — Crainicianu et Goldenberg. Recherches sur la valeur de la glycosurie phloridzique dans le diagnostic de la grossesse. (164. — N° 18, 1924.) — Dallera. Nouveau séro-diagnostic de la gestation. (19. — Oct. 1924.) — Dorland. La radiographie obstétricale. (173. — N° 3, juillet 1924.) — Eastman. L'épreuve de la phloridzine dans le diagnostic précoce de la gestation. (96. — Août 1924.) — Edling. Le diagnostic radiologique de la gestation. (173. — Janv. 1924.) — Falta. Rapidité de sédimentation des globules rouges en accouchement et en gynécologie. (253. — N° 27, 5 juillet 1924.) — Favreau. 1° Radiographie d'une gestation au 6e mois. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — 2° La radiographie du fœtus pendant la gestation. (210. — T. XIV, n° 6, 1925.) — Favreau, Labeau et Bosc. Nécessité de la vulgarisation de la radiographie du fœtus pendant la gestation. (164. — 1er oct. 1924.) — Fildes. Radiographie du fœtus in utero. (167. — Vol. XVII, n° 3, fév. 1924.) — Fink. Le diagnostic de la grossesse par les méthodes biologiques. (141. — N° 25, 1924.) — Gannsle. La réaction de Dienst dans le diagnostic de la grossesse. (139. — Vol. LXVI, cahier 2-3, 1924.)

— Harnik. Valeur de la glycosurie phloridzique dans le diagnostic de la gestation. (250. — N° 26, juin 1924.) — Haynes. Diagnostic précoce de la gestation par la phloridzine. (136. — N° 23, mai 1924.) — Henrotay. La radiographie en obstétrique. (210. — T. XIII, n° 9, 1924.) — Hildebrandt. Nos expériences sur la rapidité de sédimentation des globules rouges. (139. — Vol. LXV, cahier 5, 1924.) — Ilroy. Certitude du fœtus in utero par les rayons X. (167. — Vol. XVII, n° 3, fév. 1924.) — Joachimovits. Le signe de Hegar dans la grossesse. (139. — Vol. LXVII, cahier 5, 1924.) — Klaften. 1° La valeur diagnostique de la glycosurie phloridzique dans la grossesse. (253. — 26 avril 1924.) — 2° Une nouvelle méthode pour déterminer la vitesse de sédimentation dans le sérum, et recherches sur le temps de sédimentation lors de l'accouchement. (139. — Vol. LXVII, cahier 3-4, 1924.) — Lamarque et Roume. Sur l'utilisation obstétricale de la radiographie ; présentation de radiographies du fœtus et du bassin. (210. — T. XIV, 1925, n° 1.) — Linzenmeier. Présentation d'un microsédimentateur. (86. — Séance du 3 mars 1924.) — Linzenmeier et Raunert. Une méthode microscopique pour mesurer la rapidité de sédimentation des globules rouges. (253. — N° 15, 12 avril 1924.) — Luttge. Garçon ou fille ? Détermination sérologique du sexe de l'enfant chez la femme enceinte. (253. — N° 21, 24 mai 1924.) — Marabotto. La glycosurie phloridzique dans la gestation. (75. — Fasc. 1, 1924.) — Mestre. L'épreuve de la phloridzine dans le diagnostic de la gestation. (206. — 7 août 1925.) — Milner et Fennel. Le diagnostic de la gestation. (103. — Vol. 82, n° 7, fév. 1924.) — Neu. Critique des méthodes de diagnostic précoce de la gestation. (139. — Vol. LXVII, cahier 1-2, 1924.) — Pœck. Contribution à l'examen externe de la femme enceinte. (139. — Vol. LXV, cahier 6, 1924.) — Portes et Blanche. Le radio-diagnostic obstétrical. (88. — T. X, n° 5, nov. 1924.) — Sellheim. Éclaircissements sur les signes précoces de la grossesse. (86. — Séance du 7 juillet 1924.) — De Souza. Diagnostic précoce de la gestation. (191. — N° 9, sept. 1924.) — Smith et Shipley. La réaction d'Abderhalden. Essai pour la rendre d'application pratique. (5. — Vol. VII, 1924, p. 24.) — Speidel et Turner. Les rayons X dans le diagnostic des gestations normales et anormales. (5. — Vol. VII, n° 6, juin 1924.) — Spitzer. La vitesse de sédimentation des globules rouges sensibilisés. (68. — N° 28, 1924.) — Van der Hœven. Le diagnostic biologique de la gestation. (143. — N° 12, 1924.) — Vignes. 1° Glycosurie et gestation. (164. — 20 déc. 1924.) — 2° Déterminisme du sexe. (165. — 23 août 1924.) — Werner. 1° Un faux diagnostic radiologique de la gestation. (250. — N° 2, 10 janv. 1924.) — 2° Le diagnostic radiologique de la gestation. (253. — N° 7, 16 fév. 1924.) — Zoppi. Sur le diagnostic précoce de la gestation, avec étude particulière de la réaction de Costa. (198. — N° 9, 1924.)

Chapitre III.

HYGIÈNE DE LA GESTATION

Bibliographie.

Anderson. Surveillance et hygiène de la femme enceinte. (154. — Déc. 1924, p. 293.) — Appleton. L'hygiène prénatale. (199. — Vol. 7, août 1924.) — Buzzoni. Le mouvement et le repos dans la gestation. (31. — N° 1, 1924.) — Condit. Effets de l'automobilisme sur le travail. (135. — Oct. 1924.) — Craig. La surveillance anténatale. (132. — 12 juillet 1924.) — Impey. L'hygiène anténatale (230. — 26 avril 1924.) — Norris. Hygiène prénatale. (74. — Avril 1924.) — Shemt. Les soins avant le partum. (231. — Mai 1924.)

TROISIÈME PARTIE

GESTATION PATHOLOGIQUE

Chapitre I.

HÉMORRAGIES AU COURS DE LA GESTATION

I. — La conduite à tenir, lors de l'accouchement, dans les cas d'hémorragie par insertion basse du placenta suscite des discussions, et on ne peut nier qu'à ce point de vue l'importance du traitement chirurgical devient de jour en jour plus grande. Les Américains et les Allemands, par crainte de l'infection et des accidents hémorragiques au cours de l'accouchement, font un usage, qui semble exagéré, de la césarienne, et tendent pour ainsi dire à préconiser cette opération comme intervention courante dans le placenta praevia (Schulte, Depken, Liebe, Lynch, Mac Pherson, Polak), car elle donne moins de mortalité infantile et maternelle (Schœnholz). Certes, la thérapeutique constamment et purement obstétricale laisse ici un gros déchet (Rhenter); cependant la plupart des accoucheurs français emploient le plus souvent les procédés obstétricaux, tout au moins dans les cas simples et purs. Le Pr Couvelaire (cf. article de Rouvier) estime que le risque minime de mort par hémorragie (1,2 pour 100) ne justifie ni l'accouchement prématuré césarien, ni la césarienne au cours du travail ; cette intervention n'est indiquée que s'il existe *en outre* un obstacle à l'accouchement facile par les voies naturelles (dilatation impossible du col, certains cas de placenta praevia central), ou si l'on craint l'infection, ou si l'on se trouve en présence d'une rupture utérine ou d'une hémorragie particulièrement grave. Lantuéjoul, Rouvier, Baux, Demelin, Éparvier et Charleux, Klein, Mahieu

et Adret, Vayssière et Rathelot, Vanverts, Henri Petit adoptent eux aussi cette ligne de conduite.

II. — Parmi les diverses hémorragies de la gestation et du travail, il en est qui relèvent de l'hyperplasie diffuse de la caduque vraie atteignant le pôle inférieur de l'œuf. Riotte qui les a étudiées pense qu'elles sont purement mécaniques et conditionnées par une vascularisation intense de la caduque vraie.

Bibliographie.

Baux. Trois cas de placenta praevia central. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Bouwer. Opération césarienne pour placenta praevia. (143. — Juin 1924.) — Cerné. Difficultés du diagnostic dans certains cas de placenta praevia et d'hémorragie rétro-placentaire. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Correa da Costa. Traitement du placenta praevia. (191. — N° 1, janv. 1924.) — Costantini. Un cas de placenta praevia central traité par la césarienne. (198. — n° 7, 1924.) — Démelin. A propos de la théorie par laquelle Simpson explique l'hémorragie et l'hémostase dans le cas d'insertion vicieuse du placenta. (187. — N° 9, 10 mai 1924.) — Depken. Traitement du placenta praevia (253. — N° 7 a, 16 fév. 1924.) — Éparvier et Charleux. Rupture utérine au cours d'un placenta praevia central. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Findley. Hémorragies de l'utérus gravide. (142. — Août 1924, p. 289.) — Firket. Insertion basse du placenta, prolapsus du cordon, césarienne. (124. — N° 5, fév. 1924.) — Green. Le placenta praevia au début de la gestation. (132. — 4 oct. 1924.) — Henri Petit. Placenta praevia central, opération césarienne, mère et enfants vivants. (210. — T. XIII, n° 5, 1924.) — Jacques. Placenta praevia bilobé. (210. — T. XIII, n° 6, 1924.) — Klein. Placenta praevia central, césarienne conservatrice. (210. — T. XIII, n° 6, 1924.) — Lantuéjoul. Placenta praevia, rupture utérine, hystérectomie, guérison. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Liebe. Notre traitement du placenta praevia. (139. — Vol. LXV, cahier 5, 1924.) — Lynch. Le placenta praevia à l'hôpital de Boston. (40. — 10 avril 1924.) — Magnani. Pathogénie du placenta praevia. (233. — N° 2, 1924.) — Mahieu et Adret. Placenta praevia, opération césarienne, guérison. (210. — T. XIII, n° 3, 1924.) — Mac Pherson. Traitement du placenta praevia. (5. — Avril 1924.) — Menge. Guérison spontanée d'un placenta praevia. (253. — N° 37, 13 sept. 1924.) — Mosti. Placenta praevia et césarienne. (198. — N° 9, 1924.) — Neumann. Au sujet de la pathologie et de la clinique de l'adhérence placentaire dans le placenta praevia. (22. — Vol. CXIX, cahier 2, 1924.) — Polak. 1° La césarienne est-elle indiquée dans le cas d'arrachement placentaire? (5. — Avril 1924.) — 2° Les hémorragies dans les derniers mois de la gestation. (229. — Avril 1924.) — Rhenter. A propos du placenta praevia. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Riotte. Hyperplasie diffuse de la caduque et hémorragies à la fin de la gestation. (88. — T. IX, n° 1, 1924.) — Rouvier. Opération césarienne conservatrice dans un cas de placenta praevia centro-partiel.

(210. — T. XIII, nº 7, 1924.) — De Rouville et Madon. Hémorragies par placenta praevia dès le début de la grossesse ayant entraîné l'avortement au 5e mois. (210. — T. XIII, nº 4, 1924.) — Schœnholz. Au sujet du traitement du placenta praevia. (139. — Vol. LXVI, cahier 2-3, mai 1924.) — Schulte. La place de la césarienne dans le traitement du placenta praevia. (253. — 17 mai 1924.) — Schulze. Hématome vaginal pédiculé dans la grossesse et sa pathogénie. (253. — Nº 29, 19 juillet 1924.) — Sieben. Une complication rare du placenta praevia. (253. — Nº 42, 18 oct. 1924.) — Stevens. Placenta praevia. (114. — Juin 1924.) — Trillat. Traitement des hémorragies graves du placenta praevia par les méthodes obstétricales, quatre cas traités avec succès pour la mère et l'enfant. (210. — T. XIII, nº 6, 1924.) — Vanverts. Deuxième césarienne pour placenta praevia chez la même femme. (210. — T. XIII, nº 6, 1924). — Vayssière et Rathelot. Placenta praevia et hystérotomie. (210. — T. XIII, nº 4, 1924.) — Wilson. Diagnostic et traitement du placenta praevia. (231. — Oct. 1924.)

Chapitre II.

ANÉMIE PERNICIEUSE GRAVIDIQUE

Étiologie et Pathogénie. — M. Aubertin émet l'hypothèse que cette affection est due à une hémolyse réalisée par un principe d'origine placentaire. Benda accuse aussi les toxines à action hémolytique issues de l'œuf ; mais il fait jouer un rôle au manque de cholestérine, à l'absence de cette hypercholestérinémie gravidique physiologique qui normalement protège l'organisme contre l'action hémolysante des toxines. Alder considère l'anémie pernicieuse de la gestation comme une réaction de la moelle osseuse à l'action pathologique et peut être aussi physiologique de la grossesse. Rowland, dans sa genèse, retient l'importance de la succession trop rapide des gestations. Aubertin remarque que cette affection survient généralement chez des multipares avec allaitements fréquents et prolongés.

Étude clinique. — Débutant d'ordinaire vers le 5e mois, ce n'est que, vers le 7e, qu'on est amené à faire le diagnostic ; on constate alors, en dehors des signes communs aux grandes anémies, une splénomégalie modérée mais plus fréquente que dans les autres anémies graves, avec foie normal ; souvent un peu de température vespérale. La formule hématologique montre une diminution marquée du

nombre des globules rouges ; la valeur globulaire est élevée, les déformations des hématies sont accentuées ; il faut y ajouter la présence de nombreuses hématies nucléées, et un hyperleucocytose notable (Aubertin).

Évolution et Pronostic. — Si l'on n'intervient pas, la femme accouche d'ordinaire au 7e ou au 8e mois, et meurt le plus souvent immédiatement ou un peu plus tard ; la guérison est rare. Le pronostic est donc très grave pour la mère ; il l'est aussi pour l'enfant qui meurt fréquemment, mais la maladie ne passe pas chez lui (Rowland).

Traitement. — Les divers auteurs conseillent de provoquer l'accouchement non pas que l'on doive attendre de cette thérapeutique une guérison certaine (Œttingen), mais parce qu'il semble que la mortalité est tout de même moindre que lorsqu'on n'agit pas. Bardy, Schneider ont ainsi obtenu des guérisons. Ce n'est qu'après l'expulsion du fœtus que le traitement de l'anémie proprement dit pourra être institué avec des chances de succès (Aubertin).

Bibliographie.

Alder. Contribution à l'étude des anémies de la gestation. (254. — Vol. XCVII, cahier 3, 1924.) — Aubertin. Anémie pernicieuse pendant la gestation. (164. — N° 2, 5 janv. 1924.) — Bardy. Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse gravidique. (238. — Paris, 1924.) — Coll de Carrera. L'anémie pernicieuse de la gestation. (238. — Montpellier, 1924.) — Benda. La pathogénie de l'anémie pernicieuse provoquée par la gestation. (253. — N° 34, 23 août 1924.) — Garipuy et Bounhoure. Syndrome de Biermer post partum. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Ghiron. Remarques et observations histologiques sur l'anémie pernicieuse cryptogénétique de la grossesse. (36. — Fasc. 3. 1924.) — Œttingen. L'anémie pernicieuse dans la gestation. (253. — N° 28, 12 juillet 1924.) — Rowland. Anémie pernicieuse ou hémolytique dans la gestation. (103. — Vol. 83, cahier 5, 1924.) — Schneider. Anémie toxico-hémolytique de la grossesse. (139. — Vol. LXV, cahier 6, 1924.) — Quezzu. Anémie pernicieuse gravido-puerpérale. (76. — 30 oct. 1924.)

Chapitre III.

TOXÉMIES GRAVIDIQUES EN GÉNÉRAL

I. — L'EXAMEN DU SANG DANS LES TOXÉMIES

Bunker et Mundell. La valeur du chimisme du sang dans la grossesse. (103. — Vol. 83, n° 2, 13 sept. 1924.) — King et Denis. L'augmentation de l'acide urique dans le sang au cours des toxémies gravidiques. (5. — Vol. VII, 1924, p. 409.) — Mussey et Randall. L'hypertension dans les toxémies de la gestation. (135. — Sept. 1924.) — Plass et Bogert. Variations des protéines du plasma dans les gestations normales ou avec toxémie. (45. — N° 405, nov. 1924.) — Simon. La leucopénie alimentaire dans le tableau des toxémies gravidiques. (141. — N° 4, 1924.) — Stander, Duncan et Moses. Le taux d'excrétion de l'urée dans les toxémies de la gestation. (45. — T. XXXV, n° 398, avril 1924.) — Travlos. Étude sur l'incompatibilité sanguine entre la mère et le fœtus et ses rapports avec la toxémie gravidique. (238. — Paris, 1924.) — Windeyer. La pression sanguine; son importance pour le diagnostic et le traitement de l'albuminurie gravidique. (132. — 6 déc. 1924.)

II. — LE FOIE AU COURS DES TOXÉMIES

Berkeley, Dodds et Walker. Observations chimiques dans les toxémies gravidiques, et importance spéciale du fonctionnement du foie comme indication de l'interruption de la gestation. (98. — Vol. 31, n° 1, 1924.) — Freudenthal. Les intoxications gravidiques se traduisant par une atteinte grave du foie. (3. — Vol. III, cahier 1, 1924.) — Smith. L'épreuve de la phénoltétrachlorophtaléine et le fonctionnement du foie. (5. — Vol. VIII, n° 3, sept. 1924.)

III. — SÉQUELLES DES TOXÉMIES GRAVIDIQUES

Harris discute l'opinion classique suivant laquelle les auto-intoxications gravidiques ne lèsent pas le rein d'une façon permanente. Pour lui, la disparition des symptômes de la toxémie dans les semaines qui suivent l'accouchement n'élimine pas du tout la possibilité du développement ultérieur de lésions rénales permanentes; et surtout

lorsque ces symptômes ont persisté pendant plus de trois semaines après l'accouchement, on peut dire que les chances d'échapper à une altération rénale définitive sont bien minimes. Zondek et Jakobovitz ont trouvé de légers signes de troubles des reins dans quelques cas de toxémie gravidique datant de 5 ou 7 ans.

Bibliographie.

Harris. Les conséquences éloignées des toxémies de la fin de la gestation. (45. — Vol. XXXV, n° 398, avril 1924.) — Zondek et Jakobovitz. Pronostic éloigné des toxémies de la gestation. (115. — N° 3, 22 janv. 1924.)

IV. — ACCIDENTS DIVERS DES TOXÉMIES GRAVIDIQUES

Baughman. Traitement des toxémies de la gestation. (246. — N° 51, avril 1924.) — Biermer. Rayons X dans le ptyalisme de la grossesse. (258. — Fév. 1924.) — Bunzel. Revue statistique des toxémies de la gestation. (5. — Vol. VII, n° 6, juin 1924.) — Cheney. Toxémies de la gestation. (103. — Vol. 83, n° 18, nov. 1924.) — Cook. Les toxémies de la gestation. (42. — 1er mars 1924.) — Dabney. Rétinite par toxémie gravidique. (114. — Déc. 1924.) — Grosse. Un cas de myasthénie d'origine gravidique. (210. — T. XIII, n° 2, 1924.) — Hagens. Les toxémies de la gestation. (94. — Juillet 1924.) — Kellog. Toxémie de la grossesse. (5. — Vol. VIII, sept. 1924.) — Mestre. Hémorragie méningée par toxémie gravidique. (39. — N° 15, déc. 1924.) — De Moraes. Hémiplégie toxémique gravidique. (191. — N° 11, nov. 1924.) — Opitz. Les toxémies par inanition au cours de la grossesse. (253. — N° 1-2, 12 janvier 1924.) — Queen. Les toxémies dans les derniers mois de la gestation. (59. — N° 14, mai 1924.) — Windeyer. Les toxémies de la gestation. (132. — 5 avril 1924.) — Paucot. Amaurose gravido-toxique sans lésions oculaires. (69. — 14 juin 1924.)

Chapitre IV.

CONVULSIONS ÉCLAMPTIQUES

Étiologie et Pathogénie. — Hœhnhorst, Oppenheimer et Sachweh ont étudié les influences météorologiques sur l'éclosion de l'éclampsie : la température élevée des mois d'été, ainsi que les fortes

oscillations barométriques, augmentent certainement la fréquence des crises d'éclampsie.

D'autre part, Gessner et Sachweh, ayant constaté qu'il y a eu en Allemagne moins de cas d'éclampsie pendant la guerre qu'avant ou qu'après, attribuent la diminution de ces accidents à l'insuffisance du régime alimentaire pauvre en protéines et en graisses.

Favreau pense que la crise éclamptique serait comparable à une crise anaphylactique d'origine ovulaire. Lévy-Solal a rapproché les phénomènes de choc et d'anaphylaxie des intoxications gravidiques, particulièrement des vomissements incoercibles et de l'éclampsie.

Il faut citer deux observations intéressantes : 1° celle de Frey qui relate la coïncidence très rare d'une crise éclamptique avec une gestation molaire, d'où il déduit que l'éclampsie n'a pas besoin de la présence du fœtus pour se produire ; 2° celle de Pouget et Gautier qui ont vu une injection d'extrait hypophysaire déclancher une crise d'éclampsie ; ce médicament ayant une action hypertensive, les auteurs recommandent de ne pas l'employer si la tension de la femme dépasse 15 ou 16.

Physiologie pathologique. — Obata Ishi et Toshiro Hayashi ont fait des recherches sur la glycémie dans l'éclampsie : ils ont vu que la teneur du sang en sucre chez les éclamptiques correspond à celle des femmes saines, et qu'elle n'est augmentée qu'exceptionnellement.

Des travaux de Consoli, il résulte que le métabolisme du calcium est notablement altéré dans l'éclampsie, tandis que chez les femmes enceintes normales ou légèrement albuminuriques, il est normal ou presque normal ; on ne peut expliquer nettement cette altération, mais on est en droit de penser qu'elle est la conséquence pure et simple de l'attaque éclamptique ; elle disparaît plus ou moins rapidement dans les suites de couches. Quant aux sels de magnésium, leur pourcentage est le même dans le sang des éclamptiques et dans le sang des gestantes normales.

Traitement. — Plusieurs méthodes prophylactiques ont été proposées. S'appuyant sur les notions étiologiques qu'il a mises en lumière, Sachweh institue un régime surtout pauvre en viande ; Gessner recommande de faire beaucoup d'exercice pour stimuler le métabolisme des gaz ; Wieloch s'applique à dépister la rétention

hydrique, et, grâce à des injections de gélatine ou de solution gommeuse, il fait tomber rapidement le poids des femmes.

Au point de vue curatif, les observations les plus nombreuses sont celles qui se rapportent à la césarienne. Furst ainsi que Wagner sont d'avis que seule une intervention très précoce peut assurer un pronostic favorable, et c'est pourquoi dès la première crise ils pratiquent la section cervicale transpéritonéale. De même, Essen Möller déduit de ses statistiques que la césarienne assure le minimum de mortalité. Heinlein, au contraire, juge que l'expectative est préférable à l'action ; pour lui, la césarienne dans l'éclampsie n'est pas un procédé d'accouchement sans danger (sur 5 cas, il a eu 3 morts) ; peut-être y aurait-il intérêt à pratiquer une saignée quelques heures avant l'opération. Au sujet de la thérapeutique par la morphine, les avis sont aussi partagés : Beck n'en est pas très partisan, et Favreau et Despons y sont complètement opposés ; cependant que Houel et Jahier se montrent satisfaits de son emploi à doses massives, et que Jacquot recommande l'association de morphine, avec l'éther en injections intramusculaires. Enfin Lévy-Solal a obtenu des succès par le chlorhydrate de pilocarpine qu'il utilise aussi dans les vomissements gravidiques.

Bibliographie.

Acconci. Pathogénie et traitement de l'éclampsie. (163. — Juin 1924.) — Adair. L'hypertension au cours de la gestation. (135. — Mars 1924.) — Aiello-Rabboni. Éclampsie et anaphylaxie. (174. — Nos 1, 2, 3, 1924.) — Albano. La dilution du sérum sanguin chez les albuminuriques et chez les éclamptiques. (163. — Juin 1924.) — Baughman. Éclampsie et néphrite au cours de la gestation. (229. — Mars 1924.) Bonanno. Pathogénie et traitement de l'éclampsie. (195. — 1er fév. 1924.) — Beck. Le traitement conservateur de l'éclampsie (5. — Vol. VII, no 6, juin 1924.) — Colamaria. Éclampsie gravidique. (198. — No 6, 1924.) — Collosi. Contribution au traitement de l'éclampsie. (198. — No 4, 1924.) — Consoli. Le calcium et le magnésium dans le sang des éclamptiques. (197. — Vol. II, 1924, p. 483.) — Delmas et Roume. A propos d'un cas d'éclampsie puerpérale. (210. — T. XIII, no 4, 1924.) — Essen-Möller. 1° Quelques remarques sur le traitement de l'éclampsie. (44. — 5 juin 1924.) — 2° Traitement de l'état éclamptique et de l'éclampsie. (253. — No 27, 5 juill. 1924.) — Fischel. Un cas de tête élevée en occipito-pubienne avec complication de crise éclamptique. (253. — No 35, 30 août 1924.) — Fossati. Le traitement de l'éclampsie à l'Institut obstétrico-gynécologique de Milan, et la césarienne vaginale. (163. — Juin 1924.) — Frey. Éclampsie et môle hydatiforme. (205. — 31 janv. 1924.) — Freud. Éclampsie et divers autres symp-

tômes de l'intoxication gravidique. (253. — N° 25, 21 juin 1924.) — Furst. 1° L'éclampsie et son traitement. (152. — Séance du 2 mars 1924.) — 2° Éclosion de l'éclampsie et traitement actif. (253. — N° 16, 19 avril 1924.) — 3° La césarienne transpéritonéale dans l'éclampsie. (253. — N° 31, 20 août 1924.) — Gaifami. L'hospitalisation des éclamptiques. (116. — N° 4, 1924.) — Gessner. 1° Statistique sur l'éclampsie de 1910 à 1922, prouvant l'importance du régime dans l'éclampsie et dans le diabète. (253. — N° 48, 13 déc. 1924.) — 2° Statistiques badoises pour l'année 1921, sur le traitement de l'éclampsie. (253. — N° 7, 16 fév. 1924.) — Hall. L'état prééclamptique. (85. — Sept. 1924.) — Hamant et Jacquot. Contribution au traitement de l'éclampsie. (210. — T. XIII, 1924, séance de Nancy, mars 1924.) — Heinlein. Traitement et prophylaxie de l'éclampsie. (253. — N° 7 a, 16 fév. 1924.) — Heitz. Crises hypertensives chez des femmes ayant présenté autrefois de l'éclampsie. (24. — N° 5, mars 1924.) — Heynemann. Usage du sérum salé intra-péritonéal en obstétrique, et possibilité d'en faire un traitement de l'éclampsie. (253. — N° 36, 6 sept. 1924.) — Hinselmann. L'éclampsie. (253. — N° 26, 28 juin 1924.) — Hoffmann. Éclampsie et épilepsie. (253. — N° 22, 31 mai 1924.) — Hœhnhorst. Éclampsie et temps. (253. — N° 4, 26 janv. 1924.) — Houel et Jahier. A propos de trois cas d'éclampsie traités par la morphine. (210. — T. XIV, n° 3, 1925.) — Hulse. Le problème de l'éclampsie. (253. — N° 22, 31 mai 1924.) — Jacquot. Contribution au traitement de l'éclampsie. (210. — T. XIII, n° 5, 1924.) — Leblanc. Anaphylaxie ou choc, avec leurs rapports avec la puerpéralité. (238. — Paris, janv. 1924.) — Lévy-Solal et Tyanck. Pathogénie et thérapeutique de l'éclampsie puerpérale. (164. — 1er août 1924.) — Lloyd Mills. La signification des troubles oculaires en association avec les symptômes prééclamptiques. (5. — Vol. VII, n° 3, mars 1924.) — Mahnert. Les échanges gazeux de la femme enceinte, et leurs rapports avec l'éclampsie. (22. — Vol. CXIX, cahier 3, 1924.) — Mathias et Pincsohn. A propos de l'éclampsie. (89. — Séance du 20 mai 1924.) — Obata. Étude sur la nature de l'éclampsie. (22. — Vol. CXIX, cahier 1, 1924.) — Obata-Ishi et Toshiro-Hayashi. La teneur en sucre du sang dans l'éclampsie. Rapports entre le sucre du sang et le pouvoir de désintoxication du sérum vis-à-vis des toxines placentaires. (22. — Vol. CXIX, cahier 1, 1924.) — Opitz. Famine et éclampsie. (253. — N° 35, 30 août 1924.) — Oppenheimer. Influence favorable du temps sur l'éclosion de l'éclampsie. (22. — Vol. CXXII, cahier 1-2, 1924.) — Paucot. Amaurose et éclampsie. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Pélissier. Étude comparative des lésions du foie et du rein au cours de l'éclampsie puerpérale, et des lésions expérimentales provoquées chez le lapin. Essai sur la pathogénie de l'éclampsie. (238. — Montpellier, 1923-1924.) — Plass. 1° Les éléments azotés du sang dans l'éclampsie. (103. — Vol. 82, n° 4, janv. 1924.) — 2° Rétention de nitrogène non protéique pendant l'éclampsie. (45. — Nov. 1924.) — Pouget et Gautier. Crise d'éclampsie déclanchée par une piqûre d'extrait hypophysaire. (210. — T. XIII, n° 9, 1924.) — Rivière, Favreau et Despons. Deux cas d'éclampsie suivis de mort. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Rundlett. Étiologie et traitement de l'éclampsie puerpérale. (97. — Juin 1924.) — Sachweh. Contribution statistique à la question de l'éclampsie. (139. — Vol. LXVII, cahier

1-2, 1924.) — Salen, Chabert, Gavaudan. Éclampsie puerpérale traitée par la saignée massive. (187. — N° 2, 25 janv. 1924.) — Santi. Éclampsie précoce. (198. — N° 7, 1924.) — Schneider. Neurodermite chronique et impétigo herpétiforme, éclampsie et gestation. (253. — N° 5, fév. 1924.) — Scadron. Prophylaxie de l'éclampsie. (133. — 3 déc. 1924.) — Schröter. Deux cas d'éclampsie. (253. — N° 31, août 1924.) — Smiley. Les problèmes de l'éclampsie. (133. — 3 sept. 1924.) — Srecko-Silovic. L'éclampsie ; 47 ans de statistique dans la maternité de Zagreb. (207. — T. XLVI, oct. 1924.) — Stroganoff. 1° Traitement de l'éclampsie. (167. — Vol. XVII, n° 8, oct. 1924.) — 2° Une méthode prophylactique du traitement de l'éclampsie. (118. — 12 juillet 1924.) — Van Wood. Traitement de l'éclampsie. (85. — Sept. 1924.) — Volhard. Éclampsie et urémie convulsive. (139. — Vol. LXVI, cahier 2-3, 1924.) — Vowinckel. Action de l'adrénaline sur la tension artérielle chez la femme enceinte, dans les suites de couches, et en cas d'éclampsie. (253. — N° 26, 28 juin 1924.) — Wagner. Césarienne dans l'éclampsie. (253. — N° 23, 7 juin 1924.) — Wieloch. Essais thérapeutiques sur l'hydropisie des femmes enceintes. (253. — N° 17, 26 avril 1924.) — Scibelli. Césarienne post mortem chez une éclamptique. (26. — N° 2, 1924.)

Chapitre V.

DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ

Audebert et Fournier. Apoplexie utéro-placentaire. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Bué et Paillez. Hystérotomie pour hémorragie rétro-placentaire au 4e mois. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Caraven. Césarienne prématurée à 7 mois de gestation pour décollement du placenta normalement inséré dans un utérus bifide unicervical ; survie de la mère et de l'enfant. (88. — T. IX, n° 2, 1924.) — Mac Nalley. Les infarctus blancs du placenta. (5. — Vol. VIII, n° 2, août 1924.) — Nubiola. La placentolyse dans l'apoplexie utéro-placentaire. (189. — N° 98, fév. 1924.) — Rivière et Favreau. Hémorragie rétro-placentaire au cours d'une grossesse gémellaire, au niveau de l'un des deux œufs. (210. — T. XIII, séance de Bordeaux, mars 1924.) — Rodriguez Lima. Hystérectomie pour apoplexie utéro-placentaire. (191. — N° 12, déc. 1924.) — Scott. Décollement prématuré du placenta normalement inséré. (236. — T. XXXVIII, n° 4, avril 1924.) — Talbot. Les infarctus du placenta. (5. — Vol. VIII, n° 3, sept. 1924.) — Vallois et Roume. Hémorragie rétro-placentaire. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.)

Chapitre VI.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES

Parmi les nombreuses recherches effectuées à propos du traitement des vomissements gravidiques, il en est deux qui méritent une attention particulière. D'une part, Lévy-Solal, dont la thèse de Leblanc expose la conception et les résultats obtenus, a été amené, en rapprochant les phénomènes de choc et d'anaphylaxie et les intoxications gravidiques, à essayer le chlorhydrate de pilocarpine pour combattre les vomissements de la gestation ; il faut pratiquer plusieurs fois par jour, si besoin est, des injections de 5 milligrammes de solution de chlorhydrate de pilocarpine à 1 pour 100. Les résultats sont inconstants, mais lorsqu'une amélioration se produit elle est très rapide. D'autre part, Lequeux, Weil et Laudat, ainsi que Thalhimer en Amérique, ont obtenu des succès par l'injection d'insuline qu'ils ont employée pour lutter contre l'état d'acidose observé chez les femmes en état de gestation, atteintes de vomissements incoercibles. Il faut encore mentionner les essais tentés de nouveau avec l'autohémothérapie, le sérum de femme enceinte, la thérapeutique au chlorure de sodium (Lévy, Russel-Haden).

Enfin Le Lorier insiste sur l'existence fréquente de vomissements d'origine purement pithiatique qu'il faut soigneusement rechercher, et Gunther von Wolff emploie la psychothérapie avant toute autre méthode de traitement.

Bibliographie.

Brindeau et Lantuéjoul. Quelques réflexions sur les vomissements incoercibles de la femme enceinte. (157. — N° 25, juin 1924.) — Bué et Béghin. Avortement thérapeutique pour vomissements graves et ictère. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Castagna. Un nouveau traitement des vomissements incoercibles de la gestation. (163. — Fasc. 8, fév. 1924.) — Gilis, Gaujoux et Matet. Vomissements incoercibles au 6e mois d'uns gestation gémellaire (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Gunther von Wolff. Psycothérapie des vomissements gravidiques. (253. — N° 18,

3 mai 1924.) — Jeannin. Diagnostic des vomissements incoercibles. (104. — 20 oct. 1924.) — Laffont. Vomissements incoercibles et autohémothérapie. (210. — T. XIII, n° 1, 1924.) — Laquerrière. Une observation de vomissements de la grossesse traités par la méthode d'Apostoli. (211. — Séance du 22 janv. 1924.) — Laurentie. Môle hydatiforme et vomissements incoercibles. (210. — T. XIII, n° 2, 1924.) — Leblanc. Anaphylaxie ou choc avec leurs rapports avec la puerpéralité. (238. — Paris, janv. 1924.) — Le Lorier. Une observation de pseudo-vomissements graves de la gestation, d'origine pithiatique. (210. — T. XIII, N° 6, 1924.) — Lequeux, André Weil et Laudat. Un cas de vomissements gravidiques à caractère incoercible, avec état d'acidose très prononcé, et traités par l'insuline.) (210. — T. XIII, n° 5, 1924.) — Lévy-Solal et Tzanck. Traitement des vomissements incoercibles. (164. — 1er août 1924.) — Lévy. A propos du traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. (210. — T. XIII, 1924, p. 420.) — Miller. Sodium et luminal dans le traitement des vomissements incoercibles de la gestation. (146. — Vol. 76, mai 1924.) — Ortiz Perez et Candela. Vomissements incoercibles de la gestation. (188. — N° 29, 1924.) — Russel-Haden et Don Carlos Guffey. Vomissements de la gestation avec abaissement du taux des chlorures sanguins et amélioration par la thérapeutique au chlorure de sodium. (5. — Vol. VIII, n° 4, oct. 1924.) — Thalhimer. 1° Le traitement par l'insuline dans les vomissements de la gestation. (103. — Vol. 82, n° 9, mars 1924.) — 2° L'insuline dans les vomissements de la gestation. (251. — Vol. 22, mai 1924.) — Tozzi. Traitement des vomissements de la gestation par la pepto-pancréatine. (241. — N° 104, mai 1924.) — Wilson. Vomissements gravidiques. (229. — Juin, 1924.) — Wright. Vomissements gravidiques. (246. — Juin 1924.)

Chapitre VII.

AFFECTIONS NERVEUSES

I. — Psychoses puerpérales. — Les travaux de Codet et de Badonnel et ceux de Clauser conduisent sensiblement aux mêmes conclusions. Il faut admettre, dans l'étiologie des psychoses puerpérales, la notion de terrain, la prédisposition psychopathique qui à l'occasion de la gestation se réveille sous des influences diverses : traumatismes psychiques, processus d'intoxication, d'infection, d'anémie post-hémorragique ou consécutive à un allaitement prolongé. Ces psychoses puerpérales, très polymorphes, n'ont aucun caractère spécifique et sont très difficiles à classer; le type le plus fréquent

toutefois est la psychose maniaque dépressive (Grégory). Clauser déduit des conditions étiologiques qu'il a mis en lumière, un ensemble de mesures prophylactiques sociales et médicales.

II. — Chorée gravidique. — Bua a étudié particulièrement les conditions étiologiques de cette affection : la gestation normale ne suffit pas, à elle seule, à déterminer le syndrome choréique ; elle ne constitue qu'un facteur prédisposant ; la cause véritable siège très vraisemblablement dans une infection (rhumatisme articulaire, encéphalite, syphilis, paludisme, etc.) dont le traitement fait disparaître les manifestations choréïques.

III. — Épilepsie. — L'épilepsie est influencée de façon extrêmement variable par la gestation. Parfois on constate une amélioration, qui n'est le plus souvent que transitoire ; parfois aussi cette affection nerveuse s'aggrave à l'occasion de la grossesse (Balard et Honton, Boursier et Favreau, Burger, Codet et Mlle Badonnel).

Bibliographie.

I. Psychoses puerpérales.

Clauser. Contribution à l'étude des psychoses puerpérales. (197. — Vol. II, 1924.) — Codet et Mlle Badonnel. Psychoses puerpérales — (106. — N° 5. mai 1924.) — Menas Gregory. Troubles mentaux et gestation (5. — Vol. VIII, n° 4, 1924.)

II. Syndromes choréiques.

Bua. Considérations étiologiques sur la chorée gravidique. (197. — Vol. II, fasc. IV, 1924.) — Perez. Syndromes choréiques pendant la gestation. (206. — N° 47, 1924.) — Perez et Angel Bréa. Syndrome choréique au cours de la gestation. (39. — T. III, 1924.)

III. Épilepsie.

Balard et Honton. Épilepsie améliorée par la grossesse. (225. — Séance du 8 déc. 1924.) — Boursier et Favreau. Crises épileptiques et gestation. (210. — T. XIII, n° 2, 1924.) — Burger. Un cas d'état de mal épileptique pendant l'accouchement et les suites de couches. (253. — N° 7, 16 fév. 1924.)

IV. Affections médullaires.

Good. Grossesse et travail compliqués par des lésions de la moelle. (103. — Vol. 83, n° 6, 1924.) — Haselhorst. L'absence de douleurs de l'accouchement, signe précoce du tabes dorsalis. (253. — N° 27, 1924.) — Knebel. Un cas d'insensibilité à peu près complète pendant les douleurs du travail. (253. — N° 49, 6 déc. 1924.) — Miller. Poliomyélite antérieure et gestation. (136. — février 1924.)

V. Encéphalite.

Bompiani. Séquelles d'encéphalite épidémique et état puerpéral. (198. — Mars 1924. — Del Sole. Sur quelques cas d'encéphalite épidémique avec gestation concomitante. (198. — Mars 1924.) — Forget. Encéphalite à forme de paralysie faciale chez une femme enceinte. Syndrome parkinsonien. Mort. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Henneberg. Une malade ayant été atteinte d'encéphalite avec actuellement séquelles parkinsoniennes, et venant d'accoucher. (47. — N° 32, Séance du 27 mars 1924.) — Herd. Encéphalite léthargique et gestation. (98. — Vol. 31, n° 2, 1924.) — Pitimada. L'encéphalite épidémique et ses séquelles dans leurs rapports avec la gestation. (26. — N° 3, 1924.)

Chapitre VIII.

DERMATOSES GRAVIDIQUES

Certains ont essayé à nouveau les injections de sérum de femme enceinte à terme, dans le traitement des dermatoses gravidiques. Cette méthode n'a pas encore fait ses preuves (Kolisch, Dexeus Font).

Bibliographie.

Dexeus Font et Serra Rabert. Dermatose typique de la gestation. (192. — Janv. 1924.) — Kolisch. Impétigo herpétiforme et grossesse. (87. — Séance du 11 mars 1924.) — Palieri. Les dermatoses dans la gestation. (193. — N° 26, juin 1924) et (82. — Mars 1924.) — Schneider. Neurodermite chronique, dermatose gravidique et impétigo herpétiforme, éclampsie et gestation. (253. — N° 5, 2 fév. 1924.)

Chapitre IX.

INFECTIONS ET INTOXICATIONS AU COURS DE LA GESTATION

I. — INFECTIONS

Presque tous les auteurs qui rapportent des observations de paludisme chez la femme enceinte emploient la quinine, d'ordinaire à fortes doses, sans rencontrer d'accidents.

Adam a trouvé des hématozoaires dans le sang d'un fœtus né au cours d'un accès paludéen, ce qui vient bien prouver la réalité de la transmission intra-utérine de l'infection de la mère à l'enfant.

Bibliographie.

Adam. 1° Paludisme au cours de la grossesse traité par des doses massives de quinine. (210. — T. XIII, n° 3, 1924.) — 2° Un cas de paludisme congénital. (210. — T. XIII, n° 3, 1924.) — De Blasi. Quinine, gestation, et paludisme. (116. — N° 6, 1924.) — Deromps. Paludisme et grossesse. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Dimitrieff. Le paludisme chez la femme enceinte et dans les suites de couches. (*Recueil de travaux consacrés au P^r Okintchitz.* Moscou, 1924.) — Forget. Paratyphoïde chez une femme enceinte traité par le sérum de Rodet. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Good. Gestation et travail compliqués par les maladies. (103. — Vol. 83, n° 6, août 1924.) — Laurentie. Accouchement normal et rapide au cours d'un accès paludéen ; mort de la malade 30 minutes après. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Lemierre et Rivalier. Colibacillémie gravidique sans pyélonéphrite. (48. — Séance du 28 mars 1924.) — Limousin-Lamothe. Les accidents septiques des salpingo-ovarites au cours de la gestation. (238. — Paris, juillet 1924.) — Miller. Poliomyélite antérieure et gestation. (136. — Fév. 1924.) — Schumann. Relations des maladies vénériennes avec la grossesse. (5. — Vol. VIII, sept. 1924.)

II. — INTOXICATIONS

Galante. Avortement et intoxication par l'emploi vaginal de sublimé. (163. — Fasc. 1, mars 1924.) — Gaujoux et Gayet. Morphinomanie et grossesse. (210. — T. XIII, n° 5, 1924.) — Procopio. Empoisonnement grave par le véronal chez une femme enceinte à terme. (198. — Mai 1924.) — Vignes. Intoxication saturnine et gestation. (120. — N° 6, 15 mars 1924.)

Chapitre X.

AFFECTIONS PULMONAIRES

De toutes les affections pulmonaires compliquant la gestation, c'est la tuberculose qui est de beaucoup celle dont on s'occupe le plus. Bien que très souvent les femmes bacillaires accouchent normalement

à terme, de nombreux auteurs préconisent, dans les cas graves tout au moins, une intervention chirurgicale destinée à entraver l'évolution de la tuberculose : Misgeld, sur 56 hystérectomies totales qu'il a ainsi pratiquées, a obtenu 32 améliorations; il recommande cette opération à condition qu'il n'y ait pas de cavernes et que la gestation n'ait pas dépassé le 6e mois; de même Siegert a constaté 20 améliorations sur une statistique de 26 femmes opérées; Verdes Montenegro, Schomberg se rallient à cette thérapeutique. Sternberg, se basant sur le fait que la gestation aggrave la tuberculose pulmonaire surtout dans les 3 premiers mois, n'interrompt la grossesse que jusqu'au 3e mois. Gendron a suivi une gestation chez une femme en traitement par pneumothorax, et il a vu un accouchement spontané à terme dans de bonnes conditions; à ce propos, il dit que le pneumothorax artificiel est pour certains auteurs le seul moyen de mener à terme la gestation chez une femme enceinte tuberculeuse (Muggia et Laschi).

Pour étudier si les enfants nés de mères tuberculeuses naissent avec un coefficient de vitalité diminué, Vignes a eu l'idée de comparer le poids de ces enfants dans 158 observations recueillies en série à la Maternité de Paris, avec le poids moyen de tous les enfants nés à terme dans l'agglomération hospitalière parisienne; il a constaté que le plus grand nombre des enfants nés de mères tuberculeuses ont un poids inférieur à la moyenne, et que cette infériorité est plus marquée chez les enfants de multipares que chez les enfants de primipares.

Bibliographie.

Balard. Essai d'interprétation d'un phénomène de retard ou de réactivation spontanée de cuti-réaction à la tuberculine observé dans le post-partum. (187. — N° 10, 25 mai 1924.) — Balard et Aumont. Tuberculose compliquée de grossesse. (223. — Séance du 9 mai 1924.) — Bienenfeld. Tuberculose pulmonaire et gestation. (139. — Vol. LXVII, cahier 6, nov. 1924.) — Bonanno. Conduite à tenir dans la gestation compliquée de tuberculose. (195. — N° 7, 1924.) — Charles. Grossesse et tuberculose. (124. — 11 mai 1924.) — Correia da Costa. Tuberculose pulmonaire et gestation. (191. — N° 8, août 1924.) — Debré et Lelong. Transmission des anticorps tuberculeux de la mère à l'enfant : concentration ou réactivation au niveau du placenta. (209. — T. II, 1924, p. 1242.) — Federici. Tuberculose et gestation. (198. — N° 9, 1924.) — Gendron. Pneumothorax artificiel pratiqué successivement des deux côtés pour tuberculose pulmonaire. Grossesse normale intercurrente. (79. — 15 avril 1924.) — Hervé et Roussel. Gestation et tuberculose.

(78. — N° 11, 15 nov. 1924.) — José Verdes Montenegro. Interruption de la gestation chez la femme tuberculeuse. (189. — N° 105, sept. 1924.) — Juan-José Viton. Tuberculose et gestation. (39. — N° 13, nov. 1924.) — Kacprzak. Tuberculose et fertilité. (7. — Nov. 1924.) — Kuhle. Sur la tuberculose congénitale. (68. — N° 24, 1924.) — Laurentie. De l'avortement provoqué dans les cas de tuberculose pulmonaire et de grossesse. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Lepore. La tuberculose laryngée dans la gestation. (198. — N° 4, 1924.) — Misgeld. L'influence de l'extirpation totale de l'utérus et des annexes sur la tuberculose pulmonaire en évolution chez les femmes enceintes. (253. — N° 26, 28 juin 1924.) — Morrisson-Lacombe. Tuberculose et gestation (104, n° 7, fév. 1924.) — Muggia et Laschi. Pneumothorax et gestation. (37. — Juillet 1924.) — Perondi. Le problème du traitement moderne de la tuberculose pulmonaire associée à la gestation. (201. — N° 8, 1924.) — Revelli. Spasme laryngé dans la grossesse. (198. — N° 4, 1924.) — Schomberg. Hystérectomie totale en cas de tuberculose pulmonaire (253. — N° 48, 18 oct. 1924). — Siegert. Les résultats de l'amputation supravaginale et de la castration chez les femmes enceintes tuberculeuses. (254. — T. XIII, n° 1, 1924.) — Sternberg. Tuberculose et gestation. (68. — N° 14, 4 avril 1924.) — Vallois et Roume. Tuberculose et gestation. (210. — T. XIII, n° 1, 1924.) — Vignes. 1° Poids des enfants nés de mères tuberculeuses. (209. — T. I, 1924, p. 604.) — 2° Le poids des enfants nés à terme ou au voisinage du terme dans la population hospitalière de l'agglomération parisienne. (256. — Mars-avril 1924, p. 152.) — Westphal. Œdème aigu du poumon dans la grossesse. (253. — N° 22, 31 mai 1924.) — Weymeersch et Olbrechts. Conduite à tenir chez la femme tuberculeuse gravide. (44. — N° 22, fév. 1924.)

Chapitre XI.

SYPHILIS ET GESTATION

Étude clinique. — Vignes réétudie les accidents de la gestation et de l'accouchement chez les femmes syphilitiques : les accidents génitaux sont exagérés et prolongés par la grossesse; le périnée et le col sont plus fragiles. A propos du retentissement de la syphilis sur l'état général et local, par le fait de la gestation, Vignes rapporte l'hypothèse récente de Moore, Whitridge Williams, Routh, selon laquelle la gravité d'une syphilis peut être atténuée par une gestation intercurrente par action des ferments oxydants placentaires.

Diagnostic de la syphilis en obstétrique. — La signification du Wassermann dans la gestation varie suivant les auteurs : elle

semble fidèle à certains. D'autres signalent le grand nombre de réaction positive chez les non-syphilitiques ou négative chez les syphilitiques (Henri Vignes). Urech constate que cette réaction sérologique est plus souvent négative chez la femme syphilitique lorsqu'elle est en état de gestation.

Divers procédés ont été mis en œuvre pour établir un diagnostic précoce de la syphilis congénitale du nouveau-né : l'examen histologique du placenta n'a pas, pour King, de valeur diagnostique; Monckeberg et Avilès n'ont pas trouvé de tréponème dans le placenta, mais ils rappellent que Neisser a montré que si le placenta est peu perméable au spirochète, il l'est bien davantage à la toxine spécifique. Finkener et Neugarten estiment que la positivité du Wassermann dans le sang du cordon n'est pas un critère de la présence ou de l'absence de syphilis chez le nouveau-né; Klee trouve qu'il faut se méfier car il n'y a pas toujours concordance entre le Wassermann dans le sang funiculaire et le Wassermann dans le sang de la mère, même lorsque la syphilis est indubitable.

Vignes dit qu'il faut être prudent dans l'interprétation des résultats. De même pour Burger et Heiner, la réaction de B. W. n'a qu'une valeur relative, même si elle est faite dans le sang rétroplacentaire; et il est bon, lorsquelle est positive, de la contrôler avec le résultat obtenu dans le sang maternel (Finkener et Neugarten).

Traitement. — Vignes rappelle que l'arsenic seul ou associé au mercure constitue le meilleur traitement pendant la gestation; le bismuth n'a pas encore fait ses preuves (Lortat-Jacob (1), Pouget ont eu des insuccès), cependant il peut dans certains cas donner de bons résultats. Grâce à un traitement intensif institué avant et pendant la gestation, on peut compter sur 100 pour 100 d'enfants vivants; si le traitement n'a été appliqué que pendant la gestation, on obtient 94 pour 100 d'enfants vivants (Couvelaire, cité par Vignes).

Bibliographie.

Bartholomew. La syphilis, complication de la grossesse, chez les noirs ; résultats du traitement antispécifique ; l'examen à l'ultra-microscope comme moyen de diagnostic de la syphilis fœtale. (103. — Vol. 83, n° 3, 1924.) — Belding et Hunter. Étude statistique de la syphilis, et mortalité fœtale chez les femmes à Wassermann positif.

(1) Cité par Vignes.

(5. — Juillet 1924.) — Browne. Observations sur une nouvelle série de 200 mort-nés. (70. — Sept. 1924.) — Burger et Heiner. Les réactions de Wassermann et de Sachs-George en obstétrique. (155. — N° 11, 1924) et (253. — N° 12, 22 mars 1924.) — Cochet-Balmey. Mortinatalité d'origine syphilitique. (238. — Lyon, 1923-1924.) — Couvert. La recherche du tréponème dans le col utérin des femmes syphilitiques. (193. — N° 7, 16 fév. 1924.) — Cox. La syphilis congénitale. (232. — Sept. 1924.) — Élisabeth-Delhougne. Salvarsan et gestation. (253. — N° 7, 16 fév. 1924.) — Findley. La syphilis congénitale. (8. — Août 1924.) — Finkener et Neugarten. 1° La réaction de Wassermann avant l'accouchement et son intérêt pour la reconnaissance de la syphilis chez les mères et les nouveau-nés. (22. — Vol. CXXII, cahier 1-2, 1924.) — 2° La réaction de Wassermann dans le sang rétroplacentaire. (22. — Vol. CXXII, 1er juillet 1924.) — Fornero. Une forme de syphilis cérébrale tertiaire tardive, chez une femme enceinte ayant des stigmates d'hérédo-syphilis. (26. — N° 7, 1924.) — Haslund. Sur la participation inégale des jumeaux dans la syphilis congénitale. (16. — N° 6, juin 1924.) — Garipuy et Bounhoure. Néphrite syphilitique et gestation. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Hoffmann. Diagnostic précoce de la syphilis congénitale par la présence de spirochètes dans le cordon ombilical. (115. — N° 6, 1924.) — Inden. Syphilis de la mère et de l'enfant. (253. — N° 7, 16 fév. 1924.) — Johnston. Syphilis pendant la gestation. (239. — Janv. 1924.) — King. Syphilis et gestation. (146. — Mai 1924.) — Klaften. 1° La lutte contre la syphilis en vue de l'accouchement. (250. — N° 7, 1924.) — 2° Accouchement chez les femmes syphilitiques et lutte contre la syphilis. (253. — N° 35, 30 août 1924.) — Klee. Syphilis et grossesse. (139. — Vol. LXV, cahier 5, 1924.) — Knox. La prophylaxie anténatale. (229. — Juin 1924.) — Marinucci. Le Wassermann dans la gestation et les suites de couches. (163. — Juin 1924.) — Matusowsky. Syphilis et grossesse. (155. — N° 7, 1924.) — Monckeberg et Avilès. L'histopathologie du placenta syphilitique et son importance en clinique. (171. — 10 mars 1924.) — Pouget. Syphilis et gestation. Traitement par le bismuth. Insuccès. (210. — T. XIII, n° 9, 1924.) — Rivière. Syphilis à la troisième génération. (210. — T. XIII, n° 6, 1924.) — Schumann. Les rapports de la syphilis avec la gestation. (5. — Vol. VIII, n° 3, sept. 1924.) — Urech. Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de la puerpéralité. (205. — N° 4, janv. 1924.) — Vermelin. Accouchement prématuré à répétition. (210. — T. XIV, 1925, n° 2.) — Vignes. 1° Le traitement de la syphilis au cours de la gestation. (100. — 12 juillet 1924.) — 2° Les accidents de la gestation et de l'accouchement chez les femmes syphilitiques. (157. — N° 9, 1924.) — 3° La réaction de Wassermann en pratique obstétricale. (203. — N° 17, 31 janv. 1924.) — 4° Le traitement prophylactique de la syphilis congénitale. (255. — Fév. 1924, p. 62.) — Voron, Favre et Grivet. Les fièvres syphilitiques du post-partum ; fièvre puerpérale et arsénobenzol. (101. — 5 mars 1924.) — Tsakyroglu. L'utilité de la réaction de Sachs-Georgi dans la grossesse. (22. — Vol. CXXII, cahier 1-2, 1924.)

Chapitre XII.

AFFECTIONS DES GLANDES ENDOCRINES (1)

I. — DIABÈTE ET GESTATION

Plusieurs travaux sur le diabète dans ses rapports avec la gestation ont été publiés, qui confirment certaines hypothèses et apportent des données nouvelles.

Le diabète est une complication rare de la gestation ; parfois la gestation ne le modifie pas, rarement elle l'améliore, le plus souvent elle l'aggrave ; de même, d'une façon générale elle est aggravée par lui (Vignes, Springer). H. Vignes a remis en lumière la question importante de la différenciation qu'il faut faire de la glycosurie gravidique d'avec le diabète ; Heberer insiste aussi sur ce point et tous deux donnent les critères qui permettent cette distinction (en particulier, valeur de l'hyperglycémie).

La question de l'interruption de la gestation peut se poser : Si malgré le régime antidiabétique les symptômes s'accroissent, si le taux du sucre ne baisse pas dans l'urine ni dans le sang, mais au contraire monte, ou bien si on peut déceler dans l'urine de l'albumine, des cylindres et de l'acétone, Heberer conseille de faire l'avortement thérapeutique. D'autre part il faut, dans le cas de diabète confirmé, s'attendre à la naissance d'un très gros fœtus ; absolument comme la syphilis, le diabète peut donner de gros œufs ; il faut donc, dit Springer, se préparer à accoucher la femme diabétique avant que l'enfant soit trop volumineux si l'on veut éviter la césarienne qui est toujours dangereuse chez une diabétique.

Bibliographie.

Graham. Gestation et diabète. Traitement par l'insuline. (167. — Vol. XVII, n° 6, août 1924.) — Heberer. Diabète et gestation. (89. — Dresde, séance du 20 mars 1924.) — Lublin. Diabète et grossesse. (263. — Janv. 1924.) — Potjahn et

(1) Voir p. 11.

Nickel. Issue favorable d'une grossesse accompagnée de diabète grave. (115. — N° 4, 1924.) — Roulland et Helouin. 1° L'acétonémie gravidique. (119. — Juin 1924.) — 2° Acétonémie grave chez une femme enceinte de quatre mois. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Springer. Le diabète en rapport avec la gestation. (253. — N° 48, 29 nov. 1924.) — Vignes et Barbaro. Glycosurie et diabète au cours de la gestation. (164. — 20 déc. 1924.) — Wiener. Le diabète au cours de la gestation. (5. — Vol. VII, n° 6, juin 1924.)

II. — L'HÉMIANOPSIE DE LA GESTATION

On s'accorde a attribuer la plupart des cas d'hémianopsie observés dans la gestation, surtout à la fin, à une hypertrophie notable de l'hypophyse (Finlay, Löhlein, Holm, Mills) qui viendrait ainsi agir sur l'angle postérieur du chiasma des nerfs optiques.

Bibliographie.

Holm. L'hémianopsie dans la grossesse. (253. — N° 48, 13 sept. 1924.) — Lohlein. Hémianopsie bitemporale de la gestation. (139. — Vol. LXV, cahier 3-4, 1924.) — Mills. Hémianopsie au cours de la gestation. (5. — Vol. VII, 1924, p. 304.)

Chapitre XIII.

AFFECTIONS HÉPATIQUES

Alamanni à examiné les rapports qui unissent la lithiase biliaire et la gestation. La gestation peut influer sur la production de la lithiase, car elle facilite la formation du calcul et agit, comme la période menstruelle, sur les concrétions, par voie mécanique, biologique et infectieuse. Inversement, la lithiase biliaire peut-elle avoir une influence sur la gestation ? C'est très variable : quand la colique survient pendant la grossesse, cette dernière suit dans la plupart des cas un cours régulier ; cependant lorsqu'il y a oblitération des voies biliaires avec ictère, cet ictère peut jouer un rôle dans la production d'avortement ou d'accouchement prématuré.

Bibliographie.

Alamanni. Lithiase biliaire et gestation. (197. — Vol. II, fasc. V bis, 1924, p. 639.) — Borel. Les ictères au cours de la gestation. (144. — Mars 1924.) — Laurentie. Deux nouveaux cas de cholécystite ayant évolué au cours de la puerpéralité. (210. — T. XIII, nº 7, 1924.) — Maroudis. Deux cas d'atrophie jaune aiguë du foie au cours de la gestation. (210. — T. XIII, nº 8, 1924.) — Gross. Atrophie jaune aiguë du foie après l'accouchement. (89. — Séance du 20 mai 1924.)

Chapitre XIV.

AFFECTIONS RÉNALES ET URINAIRES

C'est la question de la pyélonéphrite gravidique qui provoque les plus nombreuses études.

Etiologie. — Guéniot considère la pyélonéphrite gravidique comme un cas particulier d'une affection qui peut également exister en dehors de la gestation et qui est la pyélonéphrite colibacillaire d'origine intestinale, autrement dit le syndrome entéro-rénal de Heitz-Boyer étudié récemment par Köhler, Dax et Favreau. Pour Köhler la pyélonéphrite gravidique n'est pas un accident infectieux de la grossesse, mais un signe de l'intoxication gravidique ; l'inclinaison habituelle de l'utérus gravide à droite explique, par la compression de l'uretère, la fréquence particulière de cette affection du côté droit.

Diagnostic. — Fruhinsholz attire l'attention sur ce qu'il appelle les *faux visages de la pyélite gravidique*, et recommande de la soupçonner chez toute gestante présentant de la température, de la douleur, ou un symptôme urinaire, et dans ces divers cas, de vérifier l'hypothèse par un examen microscopique d'urine, et, si besoin est, par la cystoscopie et le cathétérisme uretéral.

Traitement. — Les traitements proposés sont nombreux. Cependant, de l'ensemble des recherches, se dégage une tendance marquée vers la vaccinothérapie. Grosse et Pasquereau ont publié l'observation d'une femme atteinte de pyélonéphrite double avec cholécystite et qui, grâce à l'auto-vaccination, a pu accoucher à terme et guérir ;

Grosse estime que « la vaccinothérapie donne des résultats très satisfaisants dans les cas graves pour lesquels, avant son emploi, l'interruption de la grossesse eut été indispensable ». En Allemagne, Vœlcker, Thies, Bauereisen (cf. article de Stœckel) emploient et préconisent l'auto-vaccin. Le Lorier a observé de très bons résultats dans plusieurs cas de pyélonéphrite gravidique par le vaccin anticolibacillaire complexe qui s'administre par voie buccale de préférence. Le Pr Couvelaire fait observer que dans les formes caractérisées par une néphrite infectieuse aiguë grave, la vaccinothérapie n'est peut-être pas sans danger. En outre, Le Lorier recommande la méthode de Pasteau, la distension vésicale dans les cas de pyélonéphrite grave avec rétention, et estime qu'on doit considérer le résultat thérapeutique obtenu par ce procédé comme très satisfaisant, et l'essayer avant tout autre dans les cas de rétention ; Metzger y a moins confiance que dans l'avortement provoqué ; enfin le Pr Couvelaire (cf. article de Le Lorier) ne voit l'avortement provoqué que comme procédé d'exception, après échec du cathétérisme des uretères et de la chirurgie urologique.

Bibliographie.

Albeck. Néphroses de la gestation. (3. — Vol. II, cahier 3, 1924.) — Alphonsi. Guérison rapide de deux cas de pyélonéphrite gravidique traités par le bactériophage de d'Hérelle. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Audebert et Gay. Guérison d'une pyélonéphrite gravidique immédiatement après l'accouchement. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Bouvier. La forme hématurique du syndrome entéro-rénal. (238. — Paris, 1924.) — Bustamente. Pyélonéphrite gravidique et puerpérale. (186. — N° 1, janv. 1924.) — Cary. Les pyélites de la gestation. (246. — Vol. 51, juillet 1924.) — Dax et Favreau. Hématuries de la gestation d'origine colibacillaire. (210. — T. XIV, n° 1, 1925.) — Falls. Pyélite de la gestation. (97. — Fév. 1924.) — Fruhinsholz. 1° A propos d'un cas d'albuminurie gravidique et du critérium de provocation. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — 2° Les faux visages de la pyélite gravidique. (177. — 15 sept. 1924.) — Garipuy et Bounhoure. Néphrite syphilitique et gestation. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Gérard. Pyélonéphrite de la grossesse guérie par le cathétérisme de l'uretère. (214. — Séance du 10 nov. 1924.) — Grosse. Pyélonéphrites de la gestation et de la puerpéralité. (187. — N° 17, 10 sept. 1924.) — Grosse et Pasquereau. 1° Pyélonéphrite double et gestation. (210. — T. XIII, n° 2, 1924.) — 2° Pyélonéphrite double et cholécystite pendant la grossesse ; autovaccination ; accouchement à terme ; enfant vivant, guérison de la mère. (187. — 15 oct. 1924.) — Heineck. Lithiase rénale

et gestation. (146. — Mars 1924.) — Klaften. Contribution à l'étude de la pyélonéphrite gravidique. (253. — N° 32, 9 août 1924.) — Kohler. Grosse pyonéphrose du côté droit. (84. — Séance du 28 mars 1924.) — Le Lorier. Observation de pyélonéphrite grave avec rétention au cours de la gestation, traitée avec succès par la distension vésicale et la vaccination buccale anticolibacillaire ; accouchement prématuré spontané d'un enfant de 1700 grammes. (210. — T. XIII, n° 10, 1924.) — Le Lorier et Fisch. Du traitement de quelques pyélonéphrites gravidiques par le vaccin anticolibacillaire complexe de Fisch. (210. — T. XIII, n° 10, 1924.) — Lefebvre. Contribution à l'étude des pyélonéphrites gravidiques, et de leur traitement par les vaccins anticolibacillaires. (238. — Paris, 1924.) — Mathieu. Néphrite chronique et gestation. (238. — Paris, juillet 1924.) — Morelle. A propros d'un cas de pyélonéphrite gravidique. (14. — N° 1, janv. 1924.) — Naujoks. Le pronostic de la pyélonéphrite gravidique. (253. — N° 47, 22 nov. 1924.) — Perez et Pla Cardenas. Hématurie au cours de la gestation. (206. — 14 août 1924.) — Riotte. Pyélonéphrite gravidique à évolution septicémique. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Rosas et Rustia. Rupture de la vessie au cours de la gestation. (109. — Janv. 1924.) — Schey. Un cas d'hématurie essentielle pendant la gestation. (91. — N° 2, 1924.) — Schumacher. Recherches cliniques sur l'hydropisie des femmes enceintes. (22. — Vol. CXIX, cahier 2, 1924.) — Stœckel. Observations sur la pyélite gravidique. (253. — N° 32, 1924.) — Tootell. Rétention d'urine pendant la gestation. (61. — Août 1924.) — Vozza. Un cas de pyélonéphrite gravidique due au bacille typhique. (19. — Avril 1924.) — Voron et Charleux. Pyélonéphrite et urémie. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Stœckel. Contribution à l'étude de la pyélite gravidique. (138. — Séance du 20 janv. 1924.) — Windeyer. La pression sanguine ; son importance pour le diagnostic et le traitement de l'albuminurie de la gestation. (132. — 6 déc. 1924.)

Chapitre XV.

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

I. — Les cardiopathies. — La plupart des auteurs sont d'accord pour considérer la femme cardiopathe qui devient enceinte comme capable de mener à bien sa gestation. Le pronostic n'est pas inévitablement grave avec un cœur malade, ni même avec un cœur décompensé (Prassulides). Favreau, Rantureau et M^lle^ Vallette expriment l'opinion générale en disant que les accidents gravido-cardiaques se produisent électivement après la période d'expulsion ; Daly fait jouer un rôle important à l'élément psychique dans la genèse de ces acci-

dents ; enfin Prassulides est convaincu que les cardiopathies ne sont dangereuses au cours de la gestation que s'il s'y surajoute d'autres complications (néphrite, tuberculose, mal de Pott, etc.).

II. — Les varices. — Divers éléments nouveaux ont été apportés sur ce sujet par Vignes qui a examiné 62 femmes présentant des varices : la fréquence de cette affection, qui est d'environ 50 pour 100 chez les femmes en état de gestation, ne dépend pas de la parité (les multipares sont aussi souvent atteintes que les primipares) ; l'apparition de cet accident coïncide souvent avec la dystrophie du tissu élastique qui prédispose aux vergetures, mais ce fait est inconstant ; il semble que les femmes à règles prolongées soient plus exposées que les autres aux varices de la gestation, et de plus l'intervalle de 26 à 30 jours entre deux périodes menstruelles est celui qui coïncide avec la plus grande fréquence des varices. D'autre part, Vignes a souvent relevé de petits signes d'insuffisance thyroïdienne chez les femmes ayant des varices pendant la gestation, et le traitement thyroïdien lui a seul donné des améliorations rapides en cas de poussée variqueuse aiguë. En outre, au niveau des varices qui subissent une poussée, il a noté une très nette élévation de la température locale que l'on peut faire baisser par la pituitrine, la thyroïdine ou l'adrénaline.

Il faut citer aussi les observations de Runge qui a remarqué que pendant la gestation, même dès les premiers mois, la pression veineuse est notablement plus élevée dans les veines du membre inférieur que dans les veines du membre supérieur, ce qui, pour lui, est évidemment en rapport avec le développement des varices.

Bibliographie.

Andérodias et Balard. Cardiopathies valvulaires et puerpéralité. (81. — 27 juillet 1924.) — Andérodias et Gandy. Gestation et accouchement chez une femme atteinte de maladie de Roger. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Balard. L'oscillométrie en obstétrique — Applications pratiques. (165. — N° 17, 1924.) — Daly. Le cœur dans la grossesse. (103. — 3 mai 1924.) — Favreau, Rantureau et Mlle Vallette. Gestation et accouchement chez une primipare atteinte de lésions mitrales et aortiques. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Prassulides. Comment se comporte le cœur pendant la gestation et pendant les suites de couches. (22. — Vol. CXXII, 1er juillet 1924.) — Runge. La pression veineuse dans la gestation, l'accouchement et les suites de couches. (22. — Vol. CXXII, 1er juillet 1924.) — Vignes. A propos de certaines circonstances qui accompagnent le développement

des varices chez la femme en état de gestation. (165. — N° 42, 15 oct. 1924.) — Tenconi. Rupture spontanée d'une veine utérine ectasiée chez une femme enceinte à terme. Hémorragie endopéritonéale. (19. — Juillet 1924.)

Chapitre XVI.

MOLE HYDATIFORME

Keller a fait une étude des malformations du système vasculaire de la villosité choriale, et il leur fait jouer un rôle capital dans la genèse de la môle hydatiforme. Lelièvre et Portes, à la suite de leur travail sur les lésions kystiques lutéiniques ovariennes associées ou non à une lésion choriale de l'œuf, arrivent à la conclusion suivante : tout en admettant la formation de cavités kystiques aux dépens du corps jaune (éventualité fréquente dans la grossesse ectopique), il est permis de supposer que, dans tous les cas de dégénérescence polykystique lutéinique, la formation des kystes est le résultat d'un processus inconnu troublant la succession ordinaire des phénomènes de régression qui s'accomplissent dans les follicules destinés à involuer, et survenant au début de leur atrésie, c'est-à-dire au stade de l'atrésie kystique.

Bibliographie.

Cleland et Wigg. Môle hydatiforme du ligament large. (132. — 28 juin 1924.) — Edwards. Un cas de môle hydatiforme. (74. — Août 1924.) — Fruhinsholz. Môle hydatiforme et kystes lutéiniques. (210. — T. XIII, n° 1, 1924.) — Herring. Un cas de môle hydatiforme avec éclampsie. (61. — Vol. 38, nov. 1924.) — Irving Krellenstein. Môle hydatiforme et rupture de l'utérus. (5. — N° 5, nov. 1924.) — Keller. Contribution à la genèse de la môle hydatiforme. (88. — T. IX, n° 1, 1924.) — Kress. Un cas de môle hydatiforme. (244. — Avril 1924.) — Laflotte. Kystes lutéiniques ; Môle hydatiforme et chorio-épithéliome. (238. — Nancy, janv. 1924.) — Laurentie. môle hydatiforme et vomissements incoercibles. (210. — T. XIII, 1924, p. 154.) — Lelièvre et Portes. Les lésions kystiques lutéiniques ovariennes associées ou non à une lésion choriale de l'œuf. (11. — T. I, n° 6, nov. 1924.) — Macias de Torres. La môle hydatiforme. (189. — N° 103, juillet 1924.) — Miller. Un cas de môle hydatique maligne avec métastase pulmonaire. (70. — T. XXXI, déc. 1924.) — Nijhoff. Hypothèses sur l'origine de la môle. (144. — 13 sept. 1924.) — Péry et Favreau. Un cas de môle extirpée au 8e mois.

(210. — T. XIII, n° 5, 1924.) — Péry, Boursier et Mangé. Un cas d'hématome môle. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Remmelts. Môle hydatiforme. (144. — Avril 1924.) — Smiley. Môle hydatiforme et toxémie. (133. — 12 nov. 1924.) — Turenne. Môle hydatiforme. (189. — N° 106, oct. 1924.) — Van Dongen. Môle vésiculaire. (144. — 11 oct. 1924.) — Vozza. Structure et signification clinique des altérations ovariennes dans la môle vésiculaire. (19. — Juillet 1924.)

Chapitre XVII.

HYDRAMNIOS

Goldschmidt, à propos d'un cas d'hydramnios aigu qu'il a observé, a cherché, sans pouvoir en trouver, une pathogénie générale pour cette affection qui peut relever de différentes causes.

Commandeur et Banssillon ont essayé un traitement symptomatique pour faire résorber l'excès de liquide et atténuer ainsi les troubles résultant de la surdistension utérine; ils ont fait des injections intra-veineuses de solutions hypertoniques de chlorure de sodium, et pensent qu'on pourrait aussi bien utiliser les solutions sucrées (par exemple une solution glucosée à 40 pour 100). De l'avis même des auteurs, cet essai de thérapeutique de l'hydramnios n'a qu'une valeur symptomatique. En tous cas, ce procédé n'offre aucun danger, au moins quand le rein fonctionne normalement, et les résultats obtenus sont encourageants.

Bibliographie.

Alfandéry. Hydramnios avec malformations cardiaques. (213. — Séance du 14 fév. 1924.) — Commandeur et Banssillon. Essai d'une thérapeutique de l'hydramnios par les injections intra-veineuses hypertoniques. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Goldschmidt. L'hydramnios aigu. (254. — Vol. XCVII, cahier 3, 1924.)

Chapitre XVIII.

AUTRES MALADIES DE L'ŒUF

Bué, Béghin et Houcke. Un cas de tumeur placentaire. (210. — T. XIV, n° 1, séance de Lille, 29 oct. 1924.) — Heidler. Angiome du chorion. (253. — N° 7, 16 fév. 1924.) — Monprofit. Tumeurs bénignes du placenta. (238. — Paris, juillet 1924.) —Paddock. Quelques conditions pathologiques de l'amnios. (5. — Vol. VIII, n° 5, nov. 1924.) — Riehl. Étude anatomo-clinique du placenta marginé. (88. — T. IX, n° 1, 1924.) — Schickelé. Vraies et fausses tumeurs du placenta. (88. — T. IX, n° 1, 1924.) — Scott. Tumeurs bénignes du placenta. (236. — Vol. XXXIX, n° 2, août 1924.)

Chapitre XIX.

TUMEURS ET GESTATION

I. — CANCER UTÉRIN ET GESTATION

La tendance actuelle, pour le traitement du cancer du col de l'utérus gravide, est d'associer à la curiethérapie employée pendant la gestation la chirurgie obstétricale à la fin de la grossesse. Comet a montré que le radium ne crée pas l'avortement pourvu qu'il soit appliqué dans le vagin à la surface du col et non dans le canal cervical. Portes et de Nabias ont, sous l'inspiration du P^r^ Couvelaire, fixé la ligne de conduite à suivre au moment de l'accouchement : quel que soit le résultat obtenu par la curiethérapie, il ne faut pas essayer de faire l'accouchement par les voies naturelles, car on s'expose à rencontrer la sclérose du col ou la friabilité, sources de danger. On pratiquera donc au début du travail une césarienne qui, si le col est guéri, sera conservatrice, et que dans le cas contraire on terminera par une hystérectomie, supravaginale de préférence. De plus dans les cas où le col n'est pas complètement guéri, le P^r^ Couvelaire a eu l'idée d'appliquer le radium par voie abdominale, directement sur le

moignon cervical, après la césarienne. Dans les suites de couches, il n'y a plus aucun inconvénient à introduire le radium à l'intérieur du col pour achever la guérison. Enfin, il faut remarquer (Noyer) que le radium, appliqué pendant la gestation, n'a pas sur la vie et la santé du fœtus les néfastes influences des rayons X.

Bibliographie.

Audebert et Garipuy. Traitement du cancer du col dans la grossesse. (210. — T. XIV, nº 6, 1925.) — Comet. Contribution à l'étude du traitement curiethérapique du cancer du col de l'utérus associé à la grossesse. (238. — Paris, 1924.) — Couvelaire, Portes et de Nabias. 1º Traitement du cancer du col de l'utérus, pendant la gestation et la parturition, par l'association de la curiethérapie et de la chirurgie. (88. — T. X, nº 2, 1924.) — 2º Traitement du cancer du col par application de radium par voie abdominale. (210. — T. XIII, séance de Paris, 7 juin 1924.) — Cotte et Trillat. Radium dans le cancer du col. (210. — T. XIII, séance de Lyon, fév. 1924.) — Del Collo Bonaretti. Quelques cas de cancer du col avec gestation. (26. — Nº 1, janv. 1924.) — Hirschberg. Cancer utérin (partie vaginale) et grossesse extra-utérine. (253. — Nº 33, 16 août 1924.) — Noyer. De l'influence du radium et des rayons X sur la vie du fœtus. (238. — Paris, 1924.) — Muret. Utérus gravide de deux mois, sans lésions, extirpé à cause d'un polype carcinomateux du col. (47. — Nº 32, séance du 27 mars 1924.) — Péry et Mangé. Un cas de cancer du col avec grossesse chez une femme enceinte âgée de 26 ans. (210. — T. XIII, nº 3, 1924.) — Rojas. Cancer du col et gestation à terme. (39. — T. III, 28 juillet 1924.) — Schilling. Cancer du col et gestation. (5. — Vol. VII, nº 4, 1924.) — Vallois. Dystocie par rigidité néoplasique du col utérin. (210. — T. XIII, nº 9, 1924.)

II. — FIBROME ET GESTATION

La myomectomie est considérée par la majorité des auteurs comme la méthode de choix dans les fibromes compliqués de gestation. S'il n'y a pas de danger à opérer les fibromes pendant la grossesse (Fischmann, Delassus, Rivière et Lacouture), il ne faut cependant recourir à cette intervention que s'il y a nécessité absolue : douleurs violentes ou augmentation rapide du volume de la tumeur. Le moment favorable pour pratiquer la myomectomie se trouve vers le 3e ou le 4e mois. Il est rare que le fibrome soit une cause de dystocie

au cours du travail : cependant il reste parfois, après la myomectomie, de petits noyaux qui grossissent et peuvent, au niveau du col, s'opposer au passage du fœtus (Goullioud) ; de plus, certains cas de fibrome praevia peuvent obliger à la césarienne (Andérodias). En tous cas, si le fibrome fait obstacle pendant le travail, on intervient par la voie abdominale. Dans les suites de couches, on signale de nombreux cas de gangrène ou de nécrose des fibromes, avec infection et suppuration. Goullioud enfin conclut de sa statistique que les récidives après myomectomie se produisent tardivement et sont alors justiciables de la radio ou de la curiethérapie qui en arrête le développement.

Bibliographie.

Andériodas, Lacouture et Boursier. Césarienne et hystérectomie pour fibrome praevia. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Audebert et Fournier. Fibrome ou grossesse ? Difficultés du diagnostic différentiel. Hystérectomie. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Baudot. Myomectomie et grossesse. (238. — Nancy, 1924.) — Bessessen. Gestation avec complications multiples : fibrome, etc. (135. — Juillet 1924.) — Brouha. Quelques cas de fibromes compliquant la grossesse. (124. — 27 juillet 1924.) — Delassus. Énucléation de quatre fibromes à trois mois de grossesse. Accouchement à terme. (210. — T. XIII, n° 6, 1924.) — Fischmann. Fibrome et gestation. (236. — Sept. 1924.) — Fleurent. Hémorragie dans le post-partum par suite de fibrome. Extirpation de l'utérus. (210. — T. XIV, n° 1, 1925.) — Franck. 1° Gestation et fibrome utérin ; intervention ; complications ; urémie terminale. (114. — Mai 1924, p. 148.) — 2° Gestation et fibrome de l'utérus. (114. — Juillet 1924, p. 260.) — Fruhinsholz, Michel et Hamant. Myomectomie et grossesse. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Gaucherand et Baussillon. Expulsion spontanée d'un fibrome sphacélé pendant les suites de couches. (210. — T. XIII, n° 6, 1924.) — Goullioud. 1° Opération césarienne dans un cas de grossesse après myomectomie. (210. — T. XIII, n° 2, 1924.) — 2° Quinze cas de grossesse après la myomectomie abdominale. (88. — T. IX, n° 3, 1924.) — Haller. Myomectomie sur utérus gravide. (220. — Séance du 30 mai 1924.) — Heitz. De la nécrobiose des fibromes de l'utérus au cours de la grossesse. (183. — 15 août 1924.) — Keller. Fibrome interstitiel suppuré pendant les suites de couches. (210. — T. XIV, n° 1, 1925.) — Lacouture et Favreau. Myomectomie au quatrième mois et accouchement à terme. (223. — Séance du 4 avril 1924.) — Laurentie. 1° Fibrome utérin et gestation. (260. — N° 27, 11 juillet 1924.) — 2° Fibrome de l'utérus et stérilité ; mauvais effets d'un curettage ; phénomènes cardio-pulmonaires ; suppuration des fibromes pendant les suites de couches ; hystérectomie, guérison. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Leroux. La nécrose aseptique des fibromes durant la grosseese. (79. — N° 3, fév. 1924.) — Reeb. La résection de la matrice fibromateuse puerpérale. (210. — T. XIII, n° 3, 1924.) —

Reiss. Intervention pour myome en cours de gestation. (253. — N° 7, 16 fév. 1924.) — Riedel. Fibrome sous-séreux de l'utérus gravide contenu dans une hernie ombilicale étranglée. (253. — N° 16, 19 avril 1924.) — Rivière et Lacouture. Sur un cas de fibrome et grossesse. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Vanverts. Gangrène aseptique d'un fibrome utérin consécutive à la grossesse. (210. — T. XIV, n° 2, 1925.) — Voron et Ducroux. 1° Volumineux fibrome praevia ; refoulement manuel au voisinage du terme ; accouchement par les voies naturelles. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — 2° Gros fibrome utérin sous-muqueux ; accouchement à 7 mois de grossesse ; expulsion spontanée du fibrome deux jours après l'accouchement. (210. — T. XIII, n° 8. 1924.) — White. Fibrome et gestation. (132. — 5 avril 1924.) — Wolff. Myome et gestation. (253. — N° 7 a, 16 fév. 1924.) — Yovan. Torsion des fibromes utérins pendant les suites de couches. (238. — Lyon, 1924.)

III. — TUMEURS DE L'OVAIRE ET GESTATION

Brandess propose la ligne de conduite suivante : 1° pendant la gestation, la tumeur étant abdominale, n'opérer que si elle crée des troubles ; mais toujours opérer si la tumeur siège dans le petit bassin ou dans le Douglas ; 2° pendant l'accouchement, essayer de repousser la tumeur ; si l'on ne réussit pas, recourir à la césarienne accompagnée d'ovariotomie ; 3° dans les suites de couches, opérer aussitôt que le diagnostic est posé.

En cas de dystocie par kyste de l'ovaire, Vallois et de Rouville pensent que la ponction et l'incision du kyste ne peuvent être que des procédés de fortune, et qu'il faut leur préférer la césarienne.

Bibliographie.

Brandess. Complications de la gestation, de l'accouchement et des suites de couches par les tumeurs ovariennes. (253. — N° 37, 13 sept. 1924.) — Burger. Tumeur ovarienne maligne et gestation. (87. — Séance du 8 janv. 1924.) — Cotte et Trillat. Opération césarienne pour kyste de l'ovaire inclus. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Faguet. Fibrome de l'ovaire et gestation. (210. — T. XIII, n° 2, 1924.) — Guyot et Delmas. Gestation et kyste dermoïde de l'ovaire. (210. — T. XIII, n° 2, 1924.) — Keller. Grande tumeur kystique de l'ovaire gauche faisant obstacle à l'accouchement. Section césarienne conservatrice à terme. Ovariotomie. Guérison. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Kickham. Kyste de l'ovaire et gestation. (40. — N° 190, avril 1924.) — Knebel. Colossal kyste ovarien à la fin d'une gestation. 253. — N° 20, 17 mai 1924.) — Laffont et Coste. Torsion d'un kyste de

l'ovaire au troisième mois de la gestation. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Lantuéjoul et Réglade. Rupture spontanée d'un kyste du parovaire pendant la grossesse. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Péry, Boursier et Mangé. Torsion, après accouchement, d'un kyste de l'ovaire méconnu. (210. — T. XIII, n° 5, 1924.) — Sage. Gestation et kyste de l'ovaire. (142. — Juin 1924.) — Vallois et de Rouville. Kyste dermoïde compliquant la grossesse ; opération césarienne et ablation du kyste. (210. — T. XIV, n° 1, 1925.)

IV. — TUMEURS DU VAGIN ET GESTATION

Garipuy. Cancer du vagin traité par le radium au cours d'une grossesse. Disparition de la tumeur. Accouchement normal à terme. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.)

V. — TUMEURS DU SEIN ET GESTATION

Guirov. Tumeur de la mamelle et gestation. (39. — T. III, 31 oct. 1924.) — Vignes. Évolution du cancer du sein pendant la gestation. (107. — Juillet 1924, p. 149.)

VI. — GESTATION ET CANCER

Vignes et Duhail ont étudié tous les principaux cancers dans leurs rapports avec la gestation (néoplasmes de l'utérus, du rectum, du sein, du corps thyroïde, de l'estomac, du foie). Voici les conclusions auxquelles ils arrivent :

1° *Influence de la gestation sur le cancer.* — Parfois la gestation a une action néfaste, parfois elle a une action améliorante sur le cancer; mais le plus souvent elle n'a pas d'influence. D'autre part, les néoplasmes des organes génitaux ou des organes qui sont modifiés par la gestation sont plus aggravés par l'état gravidique que les cancers des autres parties du corps.

2° *Influence du cancer sur la gestation.* — La gestation est assez souvent interrompue par les tumeurs malignes. Le produit de conception est habituellement normal, mais quelquefois sa vitalité est diminuée, et il succombe en bas âge sans cause explicable; ces enfants nés de mères cancéreuses ont quelquefois un poids supérieur

à la moyenne, habituellement un poids voisin de cette moyenne, assez souvent un poids inférieur. Il est vraisemblable qu'en soi le cancer n'est pas une cause notable de débilitation, mais qu'une tumeur à noyaux multiples ou ulcérée et infectée détermine une cachexie dont les mauvais effets ne manquent pas de se traduire chez l'enfant.

Bibliographie.

Burger. Tumeur ovarienne maligne et gestation. (87. — Séance du 8 janv. 1924.) — Émery. Gestation et épithelioma. (42. — 20 oct. 1924.) — Kok. Gestation et cancer. (253. — N° 21, 24 mai 1924.) — Vignes. Poids des enfants nés de femmes cancéreuses. (32. — Mars 1924, p. 181.) — Vignes et Duhail. Cancer et gestation. (261. — N° 1, 1924.) — Cummings. Glandes endocrines, gestation et cancer. (58. — Vol. II, janv. 1924.)

Chapitre XX.

AFFECTIONS CHIRURGICALES

I. — TUBERCULOSE UTÉRO-ANNEXIELLE ET GESTATION

Fruhinsholz et Feuillade ont mis au point la question des rapports de la tuberculose utéro-annexielle et de la puerpéralité. Voici les nouvelles conclusions qu'ils apportent :

1° la tuberculose utéro-annexielle guérie peut permettre l'évolution sans incident d'une gestation consécutive ;

2° la tuberculose utéro-annexielle et la gestation peuvent évoluer parallèlement, tantôt silencieusement, tantôt en réagissant l'une sur l'autre. Lorsque la réaction se produit, les lésions bacillaires peuvent évoluer comme des annexites banales purement locales, ou, au contraire, déclencher une tuberculose aiguë généralisée ou méningée : dans ce cas, la grossesse est plus ou moins compromise et se termine assez souvent par l'avortement ; quand la gestation évolue jusqu'au terme, l'enfant est apparemment normal, quelquefois congénitalement tuberculisé, généralement fragile et appelé à succomber dans les mois suivants ;

3° la tuberculose génitale peut apparaître, ou du moins évoluer à tous les stades du post partum et donner lieu à des accidents généraux ou locaux à différencier des accidents d'infection banale ou gonococcique ;

4° la tuberculose utéro-annexielle devra être systématiquement recherchée dans tous les cas de granulie de la grossesse et du post partum, dans tous les cas d'accidents infectieux mal expliqués de la gestation et des suites de couches ;

5° Fruhinsholz et Feuillade, d'accord en cela avec Vanverts, sont partisans du traitement conservateur de la tuberculose utéro-annexielle, quand on n'a pas la main forcée par l'étendue des lésions.

Bibliographie.

Feuillade. Tuberculose génitale et puerpéralité. (238. — Juillet 1924.) — Fruhinsholz et Feuillade. 1° Tuberculose utéro-annexielle et puerpéralité. (88. — T. X, n° 5, nov. 1924.) — 2° Tuberculose génitale et puerpéralité. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Grimault. A propos de trois observations de tuberculose génitale étendue. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Vanverts. Deux cas d'opération conservatrice dans la tuberculose annexielle. Grossesse consécutive dans l'un des cas. (210. — T. XIV, séance de Lille, 24 déc. 1924.) — Tyler. La part gynécologique dans les difficultés de l'obstétrique. (231. — Juillet 1924.) — Vaudescal et Hristu. Affections annexielles dans la puerpéralité. (268. — N° 1, avril 1924.)

II. — AUTRES INFECTIONS DES ANNEXES

La mortalité élevée (40 pour 100) dans la gestation compliquée d'annexite suppurée est due surtout à la difficulté du diagnostic, à la fréquence de la rupture par suite de la compression que produit l'utérus augmenté de volume, et à l'extension de l'infection à l'utérus. Kraüter pense que, contrairement au principe gynécologique du traitement conservateur du pyosalpinx, il faut en cas de gestation une mesure opératoire aussi précoce que possible. L'interruption de la grossesse n'est indiquée que si l'utérus est molesté.

Bibliographie.

Krauter. Grossesse et affection purulente des annexes. (22. — Vol. CXXII, cahier 1-2, 1er juillet 1924.) — Limousin-Lamothe. Les accidents septiques des salpingo-

ovarites au cours de la gestation. (238. — Paris, juillet 1924.) — Strecker. Gestation après inflammation bilatérale des annexes. (139. — Vol. LXV, cahier 6, mars 1924.)

III. — ACCIDENTS MÉCANIQUES DE L'UTÉRUS GRAVIDE

I. Rétroversion utérine.

Brouha. Rétroversion de l'utérus gravide. (124. — 3 août 1924.) — Budusan. Incarcération de l'utérus gravide rétrofléchi. (268. — N° 1, avril 1924.) — Mertens. Sur un cas d'utérus gravide incarcéré avec gangrène vésicale, et son traitement opératoire. Guérison. (253. — N° 13, 29 mars 1924.) — Miranda. Un cas de rétroverso-flexion de l'utérus dans la gestation, opéré par laparotomie. (163. — Juin 1924.) — Tomasi. Cas intéressant d'incarcération de l'utérus gravide au 4e mois. (163. — 7 juillet 1924.)

II. Torsion de l'utérus gravide, et des trompes.

Kiparsky. Contribution à l'étude de la torsion de l'utérus gravide et de son diagnostic. (253. — N° 5, 2 fév. 1924.) — Cabanes. Torsion de la trompe au 9e mois de la gestation. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.)

III. Rupture utérine pendant la gestation.

Frey. Sur la rupture utérine traumatique dans la deuxième moitié de la grossesse. (22. — Vol. CXXI, cahier 1, 1924.) — Hillis. Rupture utérine pendant la gestation. (236. — Juillet 1924.) — Lalung-Bonnaire et P. V. Lũ. Rupture d'un utérus gravide consécutive à une chute légère sur le siège. (54. — 1924, p. 377.) — Vivanco. Rupture utérine à la fin de la gestation. (38. — N° 10, 1924.)

IV. — APPENDICITE ET GESTATION

L'association de l'appendicite avec la gestation a été l'objet d'un travail de Vignes qui, sur cette question, a rappelé certaines données classiques et a apporté des éléments nouveaux.

1° Il n'est pas probable que la gestation favorise, comme certains le croient, l'apparition de l'appendicite aiguë ; mais il est possible que toute femme ayant eu une vraie crise, antérieure à la gestation, courre un grand risque de récidiver à l'occasion de la grossesse ; en tous cas, il est manifeste que les crises appendiculaires pendant la gestation sont particulièrement graves.

2° Les difficultés du diagnostic tiennent au siège de la douleur (douleur haute), à l'absence fréquente de résistance musculaire et d'hyperesthésie cutanée. Il faut se méfier de la constipation douloureuse avec fièvre légère, des vomissements trop incoercibles avec température et sensibilité abdominale. Toujours faire le toucher rectal.

3° La déplétion abdominale consécutive à l'accouchement réveille souvent les foyers mal éteints ; il peut en résulter des accidents péritonéaux graves dont les manifestations cliniques sont bien trompeuses : douleurs à type de tranchées utérines qui détournent l'attention de l'appendice, souplesse du ventre, contraste d'une langue humide avec des lèvres sèches, etc., symptômes qui demandent un examen attentif.

4° Au point de vue thérapeutique, Vignes conseille d'opérer toute appendicite qui fait parler d'elle pendant la gestation ; l'intervention est délicate dans le troisième trimestre, cependant si la crise est grave, il faut opérer coûte que coûte.

Bibliographie.

Batassi. Appendicite et grossesse. (198. — Mars 1924.) — Gore. L'appendicite pendant la gestation. (232. — Août 1924.) — Hermans. Appendicite aiguë au cours de la gestation. (144. — 23 août 1924.) — Reeb. Péritonite appendiculaire et gestation au 7e mois. (210. — T. XIII, n° 3, 1924.) — Vignes. Appendicite et gestation. (100. — 26 avril 1924.)

V. — AFFECTIONS INTESTINALES

Eltrich. Occlusion intestinale par bride au cours de la grossesse. (20. — Avril 1924.) — Jefferson. Obstruction intestinale et gestation. (118. — 25 oct. 1924.) — Keller. Ileus et pseudo-ileus pendant la grossesse. (210. — T. XIII, n° 6, 1924.) — Schiller. Trois cas d'ileus dans la grossesse. (253. — N° 3, 19 janv. 1924.) — Vaucher. Crises douloureuses abdominales chez une femme enceinte présentant un côlon mobile. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.)

VI. — LAPAROTOMIE ET GESTATION

Aievoli. Les interventions chirurgicales en rapport avec la gestation. (193. — Mai 1924.) — Decherf. De la laparotomie au cours de la grossesse. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Ozenne. Des interventions abdominales au cours de la grossesse. (220. — Séance du 26 déc. 1924.)

Chapitre XXI.

MORT DU FŒTUS IN UTERO

I. — DIAGNOSTIC DE LA MORT DU FŒTUS

Devant l'insuffisance des signes classiques pour établir la certitude de la mort fœtale, Guirauden préfère, pour poser ce diagnostic, se servir de la méthode basée sur la recherche du temps de coagulation du sang maternel. On peut être assuré de la mort du fœtus quand ce temps de coagulation se rapproche de 5 minutes ; cette moyenne n'a de valeur que dans les trois derniers mois de la gestation ; avant, il faut compter sur un temps double (10′ environ). D'autre part on recourt très souvent à la radiographie qui montre bien le chevauchement des pariétaux (Portes et Blanche).

Bibliographie.

Fischer. Mort du fœtus au cours d'une maladie sérique de la mère. (253. — N° 40, 4 oct. 1924.) — Guirauden. Diagnostic de la mort du fœtus par le temps de coagulation du sang maternel. (210. — T. XIII, n° 9, 1924.) — Lorenzetti. Sur un nouveau symptôme pour le diagnostic de la mort du fœtus dans les cas de présentation podalique. (198. — Mai 1924.) — Mayer. Sur la mort intra-utérine des produits de conception. (253. — N° 1-2, 12 janvier 1924.) — Portes et Blanche. Le radio-dragnostic obstétrical. (88. — T. X, n° 5, nov. 1924.) — Rannenberg. Mort intra-utérine d'un fœtus par éclatement d'une veine de la face fœtale du placenta. (253. — N° 1-2, 12 janv. 1924.)

II. — RÉTENTION FŒTALE

Powilewicz et Morace ont montré que la femme en état de rétention, qui a présenté de l'albuminurie pendant la vie du fœtus, reste souvent une toxémique pendant la durée de la présence de l'œuf mort dans l'utérus. Cette toxémie est légère, mais elle ne cédera qu'après l'expulsion de l'œuf mort.

Bibliographie.

Albertin. Rétention prolongée d'œufs morts. (210. — T. XIV, n° 1, séance de Lyon, 10 nov. 1924.) — Geisenhofer. Rétention durant deux ans de parties fœtales dans l'utérus. (141. — N° 19, 9 mai 1924.) — Karlin. Rétention de l'œuf mort dans la cavité utérine. (139. — Vol. LXVII, cahier 5, 1924.) — Plauchu. Rétention prolongée d'œufs morts des premiers mois de la gestation. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Powilewicz et Morace. Rétention fœtale et intoxication gravidique. (88. — T. X, n° 4, 1924.) — Ricard. Césarienne pour fœtus mort in utero depuis plus de deux mois. (262. — 10 juin 1924.) — Salvador, Pascual et de Petinto. Étude d'un fœtus momifié. (134. — N° 334, 29 mars 1924.) — Tavares. Un cas de rétention dans une gestation double, ectopique et unilatérale. (191. — N° 2, fév. 1924.)

Chapitre XXII.

RADIUM, RAYONS ET GESTATION

I. — Le radio-diagnostic obstétrical. — Nous avons vu(1) que le diagnostic de la gestation par les rayons X n'est pas encore suffisamment précis pour qu'on puisse le préférer aux autres méthodes de diagnostic, mais que les résultats obtenus sont encourageants. Par contre, la radiographie est plus utile pour la reconnaissance des anomalies de la gestation, et pour le diagnostic de la mort du fœtus in utéro (Blanche, Bosc, Carrasco, Dorland, Edling, Favreau, Fildes, Henrotay, Ilroy, Lamarque et Roume, Portes et Blanche, Speidel et Turner, Werner).

II. — La radio-pelvimétrie. — D'après les études de Portes et Blanche (2), il faut admettre qu'un certain nombre de procédés radio-pelvimétriques, reposant sur un principe mathématiquement exact, sont susceptibles dès maintenant de fournir des mensurations absolument précises du bassin ; mais, ajoutent ces auteurs, l'impossibilité actuelle d'obtenir des mensurations exactes de la tête fœtale fait que le problème de la disproportion entre la tête et le bassin n'a

(1) Deuxième partie. Chapitre II. Diagnostic de la gestation, p. 15.
(2) Septième partie. Chapitre I. Viciations pelviennes, p. 65.

pas encore trouvé sa solution radiographique (Portes et Blanche, Lamarque et Roume, Bouchacourt, Archangelsky).

III. — La radiothérapie de la mère pendant la gestation. — Elle agit de façon indéniable sur le fœtus ; c'est une question qui préoccupe beaucoup les accoucheurs, et nombreuses sont les observations qui rapportent des cas de fœtus lésés par cette thérapeutique. Driessen a fait à ce sujet des études expérimentales chez des animaux et a constaté la production de divers accidents, depuis la résorption de la grossesse jusqu'aux malformations les plus variées et aux naissances de fœtus morts. Il assure que, même, des expositions rapides pour examen radiologique peuvent être nuisibles (Noyer, Peralta Ramos, Ancel et Vintemberger).

IV. — La curiethérapie. — Le Pr Couvelaire (1) a montré les excellents résultats que la curiethérapie donne dans le traitement du cancer du col utérin pendant la gestation, et il a indiqué comment cette méthode associée à la chirurgie obstétricale au moment de l'accouchement permet de guérir souvent la mère et d'avoir des enfants vivants et sains à terme. Le Pr Couvelaire a appliqué aussi le radium directement sur le moignon cervical, par voie abdominale, après césarienne.

Bibliographie.

Ancel et Vintemberger. Action accélératrice des rayons X sur le développement embryonnaire. (209. — T. XCI, nº 26, 1924.) — Archangelsky. Mensuration du bassin et détermination de la grandeur du fœtus. (253. — Nº 34, 23 août 1924.) — Audebert et Garipuy. Traitement du cancer du col dans la grossesse. (210. — T. XIV, nº 6, 1925.) — Biermer. Les rayons X dans le ptyalisme de la grossesse. (258. — Fév. 1924.) — Blanche. La radiologie obstétricale. (238. — Paris, juillet 1924.) — Bosc. De la radiographie du fœtus pendant la gestation. (238. — Bordeaux, 1923-1924.) — Bouchacourt. Nécessité de la radio-pelvimétrie et de la radio-céphalométrie à la fin de la gestation et pendant le travail. (210. — T. XIII, nº 9, 1924.) — Carrasco y Formiguera. La radiographie de la gestation. (189. — An IX, nº 100, avril 1924.) — Comet. Contribution à l'étude du traitement curiethérapique du cancer du col de l'utérus associé à la grossesse. (238. — Paris, 1924.) — Cotte et Trillat. Radium dans le cancer du col. (210. — T. XIII, séance de Lyon, fév. 1924.) — Couvelaire, Portes et de Nabias. 1º Traitement du cancer du col de l'utérus pendant la gestation et la parturition par l'association de la curiethérapie et de la chirurgie. (88. — T. X, nº 2, 1924.) — 2º Traitement

(1) Troisième partie. Chapitre xix. Tumeurs et gestation, p. 46.

du cancer du col par le radium appliqué par voie abdominale. (210. — T. XIII, 7 juin 1924.) — Dorland. La radiographie obstétricale. (173. — N° 3, juillet 1924.) — Driessen. Effets sur le fœtus du traitement radiothérapique pratiqué chez la mère. (143. — Juin 1924.) — Edling. Le diagnostic radiologique de la gestation. (173. — Janv. 1924.) — Favreau. 1° Radiographie d'une gestation au 6e mois. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — 2° La radiographie du fœtus pendant la gestation. (210. — T. XIV, n° 6, 1925.) — Favreau, Labeau et Bosc. Nécessité de la vulgarisation de la radiographie du fœtus pendant la gestation. (164. — 1er oct. 1924.) — Fildes. Radiographie du fœtus in utero. (167. — Vol. XVII, n° 3, fév. 1924.) — Henrotay. La radiographie en obstétrique. (210. — T. XIII, n° 9, 1924.) — Ilroy. Certitude du fœtus in utero par les rayons X. (167. — Vol. XVII, n° 3, fév. 1924.) — Labeau et Favreau. Rayons X et gestation consécutive. (223. — Séance du 9 mai 1924.) — Lamarque et Roume. Sur l'utilisation obstétricale de la radiographie ; présentation de radiographies du fœtus et du bassin. (210. — T. XIV, n° 1, 1925.) — Moss. La rœntgenthérapie en obstétrique. (135. — Sept. 1924.) — Noyer. De l'influence du radium et des rayons X sur la vie du fœtus. (238. — Paris, mai 1924.) — Peralta Ramos. La radiothérapie profonde dans la seconde moitié de la gestation. (189. — An IX, n° 100, avril 1924.) — Portes et Blanche. 1° Le radio-diagnostic obstétrical. (88. — T. X, n° 5, nov. 1924.) — 2° Étude critique des procédés radio-pelvimétriques. (88. — T. X, n° 6, déc. 1924.) — Speidel et Turner. Les rayons X dans le diagnostic des gestations normales et anormales. (5. — Vol. VIII, n° 6, juin 1924.) — Werner. 1° Un faux diagnostic radiologique de la gestation. (250, n° 2, 10 janv. 1924.) — 2° Le diagnostic radiologique de la gestation. (253, n° 7, 16 fév. 1924.)

QUATRIÈME PARTIE

GESTATIONS MULTIPLES

Diagnostic. — L'importance, à ce sujet, de la radiographie est soulignée par de nombreux auteurs. Favreau et Despons, Péry et Faugère estiment que cette méthode de diagnostic doit être utilisée couramment, car elle permettra souvent de reconnaître la gémellité qui pourrait, autrement, passer inaperçue. Andérodias, Favreau, Rivière, ayant observé l'antéposition d'un des deux fœtus dans des gestations gémellaires, recommandent d'avoir présente à l'esprit cette éventualité qui, bien que rare, empêche parfois de poser le diagnostic de gémellité.

Accouchement. — Plusieurs cas sont signalés, par Faucompré et Railliet, Favreau, Weymeersch, de gestations gémellaires avec expulsion des fœtus à des dates plus ou moins éloignées.

Superfétation. — Cathala, à propos de l'observation d'une gémellaire bivitelline avec retard de développement d'un des deux œufs, pense qu'il ne s'agit pas là de superfétation mais de superfécondation, et exprime l'opinion que toutes les observations de superfétation dans l'espèce humaine rapportées jusqu'ici sont discutables.

Bibliographie.

Bainbridge. Utérus double avec gestation multiple. (5. — Vol. VII, 1924.) — Balard. Les naissances gémellaires à Bordeaux de 1913 à 1923. (81. — 24 juillet 1924.) — Bald. Gestation multiple. (142, août 1924). — Carden. Gestation gémellaire ; rupture utérine ; guérison spontanée. (230. — 1er-20 janv. 1924.) — Cathala et Barbaro. Retard de développement de l'un des deux œufs dans un cas de grossesse gémellaire bivitelline, pouvant faire croire à l'existence d'une superfétation. (210. — T. XIII, 1924, nº 9.) — Cleisz. Un cas de trigémellite. (210. —

T. XIII, 1924, n° 9.) — Corsy. Jumeaux et monstres doubles (178. — N° 6, avril 1924.) — Faucompré et Railliet. Jumeaux bivitellins nés à 21 jours d'intervalle. (165. — Oct. 1924.) — Favreau. 1° Un cas de grossesse gémellaire avec fœtus antéposé. (210. — T. XIV, 1925, n° 1.) — 2° Grossesse gémellaire terminée par expulsion des œufs à des dates très espacées. (210. — T. XIV, n° 2.) — Favreau et Despons. Radiographie d'une grossesse trigémellaire au 6e mois. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Ferri. Superfétation ou gestation gémellaire ? (198. — Mars 1924) — Forget. Grossesse trigémellaire avec trois présentations différentes. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Laffont et Gaujoux. Hydramnios aigu précoce et grossesse gémellaire. (111. — N° 5, mai 1924.) — Lantuéjoul et Réglade. Un cas de grossesse quadruple. (210. — T. XIII, n° 3, mars 1924.) — Lanzara. Apport d'une statistique comme contribution à l'étude clinique de la gestation multiple. (19. — Juillet 1924.) — Ménétrier et Mme Bertrand-Fontaine. Gémellarité d'origine masculine. (1. — Séance du 4 mars 1924.) — Myczewski. Un cas d'accouchement triple. (162. — N° 22, 1924.) — Reeb. Grossesse gémellaire intra et extra utérine. (210. — T. XIII, n° 3, mars 1924.) — Rivière, Favreau et Despons. Grossesse gémellaire biovulaire interrompue au 6e mois par hydramnios d'un œuf et hémorragie rétroplacentaire simple. (210. — T. XIII, 1924, n° 5.) — Vincenzo. Contribution statistique à l'étude des gestations multiples. (19. — Juillet 1924.) — Voron et Bouvier. Grossesse gémellaire, fœtus compressus ; vastes lésions cutanées congénitales chez le fœtus survivant. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Weymeersch. Accouchement de deux jumeaux à quarante heures d'intervalle. (44. — 6 et 10 août 1924.)

CINQUIÈME PARTIE

AVORTEMENT

La conduite à tenir dans l'avortement est bien différente suivant les accoucheurs. Gordon est partisan du traitement conservateur jusqu'à ce qu'il soit démontré qu'il a fait faillite ; plus il y a de manipulations et d'interventions, et plus élevée est la mortalité. Pour Jaeger, au contraire, le traitement actif s'impose, car, non seulement, il permet une guérison plus rapide, mais il met à l'abri de l'hémorragie soudaine pour laquelle on peut ne pas intervenir assez rapidement, et il évite aussi l'infection. Dans le cas d'hémorragie grave, Hellendall pratique l'amputation supravaginale de l'utérus ; Pfeilsticker préfère la résection par voie vaginale.

Dans les cas d'avortement infecté, Hillis, se basant sur une statistique d'un millier de cas, estime que le traitement conservateur donne de meilleurs résultats qu'une thérapeutique active ; Kermauner préconise l'expectative pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent le début de la fièvre. A la suite de l'observation d'un cas rare de tétanos puerpéral post abartum, Houel et Sudaka se montrent partisans de l'injection préventive systématique de sérum antitétanique dans tous les cas d'avortement criminel.

Bibliographie.

Alglave. 1° Sur le traitement de l'infection aiguë post-abortum. (49. — 1924, p. 1154.) — 2° A propos de la conduite à tenir chez les malades atteintes d'infection post abortum. (49. — 1924, p. 1082.) — Bovier. A propos de l'infection post abortum. (104. — 1er nov. 1924.) — Burghardt. Traitement actif de l'avortement. (68. — N° 29, 18 juillet 1924.) — Burgess. Traitement de l'avortement. (59. — Août 1924.) — Duzmann. Avortement et stérilisation en même temps. (139. — Vol. LXV, cahier 3, 1924.) — Cleisz. Indications et technique du curettage obstétrical. (66. — Déc. 1924.) — Di Pace. Sur la prétendue action abortive des sels de quinine. (233. — N° 2, 1924.) — Favreau et Despons. Grossesse uniovu-

laire. Avortement à 6 mois 1/2 par hydramnios d'un œuf. (210. — T. XIII, n° 6, 1924.) — Fraisse. A propos de l'infection post abortum. (104. — N° 49, 6 déc. 1924.) — Fraenkel. Phlegmon gazeux d'un fibrome utérin après avortement (Physomyome). (253. — N° 42, 18 oct. 1924.) — Frommolt. La rapidité de sédimentation des globules rouges dans l'avortement. (253. — N° 6, 9 fév. 1924.) — Gordon. Conduite à tenir dans l'avortement. (103. — 29 mars 1924.) — Heil. Phlegmon gazeux développé dans un utérus fibromateux après avortement. (253. — 19 juillet 1924.) — Hellendall. L'amputation supra-vaginale de l'utérus dans les graves hémorragies de l'avortement, pour faire l'hémostase rapidement et stériliser en même temps. (253. — N° 7 a, 16 fév. 1924.) — Hillis. Statistique de 1000 cas d'avortement. (236. — Janv. 1924.) — Hirsch. La lutte contre l'avortement. (253. — N° 9, 1er mars 1924.) — Hellmuth. Septicémie grave, suite d'avortement, avec atrophie jaune aiguë du foie. (150. — 24 mai 1924.) — Henrard. Traitement de l'avortement avec fièvre. (254. — Vol. LXXXVIII, cahier 1, 1924.) — Houel et Sudaka. Un cas de tétanos post abortum. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Jacques Carles et Delmas-Marsalet. Rapports possibles entre les accidents sériques et l'avortement. (210. — T. XIII, n° 6, 1924.) — Jaeger. A propos du traitement de l'avortement. (253. — N° 10, 8 mars 1924.) — Job, Hamant et Mathieu. Avortement, perforation du cul-de-sac postérieur; Hystérectomie vaginale; obstruction intestinale. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Karlin. La fréquence de l'avortement en Russie pendant la guerre et pendant la révolution. (253. — N° 25, 21 juin 1924.) — Kermauner. Traitement de l'avortement infecté. (253. — N° 48, 29 nov. 1924.) — Klein. Avortement gémellaire à deux mois; hémorragie grave; transfusion sanguine. (105. — N° 9, mars 1924.) — Kurt Laemmle. Traitement de l'avortement infecté. (253. — N° 6, 9 fév. 1924.) — Hellendall. Perforation utérine dans l'avortement avec procidence de l'intestin, produite par un dilatateur. (253. — N° 28, 12 juillet 1924.) — Jaschke. La lutte contre l'avortement. (253. — N° 1-2, 12 janv. 1924.) — Lönne. La lutte contre l'avortement. (253. — N° 25, 21 juin 1924.) — Mauclaire. A propos du traitement de la fièvre puerpérale post abortum. (49. — 1924, p. 979.) — Péry, Boursier, Mangé. Deux cas de perforation utérine au cours de manœuvres abortives. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Pfeilsticker. Résection de l'utérus par voie vaginale dans l'avortement. (253. — N° 30, 26 juillet 1924.) — Pelkonen. Traitement de l'avortement fébrile. (73. — Août 1924.) — Poljak. La lutte contre l'avortement. (253. — N° 25, 21 juin 1924.) — Reifferscheid. La lutte contre l'avortement. (253. — N° 9, 1er mars 1924.) — Scaglione. Tétanos puerpéral. (197. — Vol. II, fasc. III, mars 1924.) — Schnitzler. Avortement fébrile. (92. — 1924.) — Siefart. La lutte contre l'avortement. (253. — N° 35, 30 août 1924.) — Simon. Traitement actif des fausses couches avec fièvre. (141. — N° 35, 29 août 1924.) — Streibel. Traitement des blessures récentes de l'avortement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal juxta-utérin. (253. — N° 41, 11 oct. 1924.) — Vallois et Roume. Expulsion d'un œuf entier vers cinq mois de grossesse. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Weissenberg. L'avortement provoqué et ses différents symptômes. (253. — N° 33, 16 août 1924.) — Wyder. La lutte contre l'avortement. (253. — N° 15, 12 avril 1924.)

SIXIÈME PARTIE

LA PARTURITION NORMALE

I. — LES CAUSES DE LA PARTURITION

Vignes, dans un travail sur les causes de la parturition, a rassemblé les diverses théories invoquées ; toutes supposent que le travail est déclanché par la maturité du fœtus, mais les explications proposées pour expliquer le mécanisme de cette action sont différentes. On peut envisager que le fœtus arrivé à un certain état d'équilibre de son métabolisme sécrète des produits qui excitent la contractilité utérine. On pense aussi que la cause de l'accouchement doit être recherchée dans l'organisme maternel qui ne serait pas capable de tolérer le fœtus plus longtemps. D'autre part, on ne saurait nier de façon absolue que l'aptitude de l'œuf mûr à être clivé d'avec la paroi utérine soit indifférente : la facilité de la délivrance lorsque l'accouchement a lieu à terme, sa difficulté dans l'avortement criminel en sont des preuves. On a également cherché dans le placenta le facteur déterminant de la parturition (surface placentaire devenant insuffisante pour les échanges de plus en plus actifs du fœtus ; placenta ayant une vie d'une longueur déterminée). Et devant l'impossibilité d'avoir une certitude sur cette question, Vignes conclut qu'il faut admettre avec Avicenne « qu'au temps voulu l'accouchement se fait par la grâce de Dieu ».

Bibliographie.

Almagia. Sur la cause qui détermine le travail de l'accouchement. (25. — Fasc. 1, 1er janv. 1924.) — Dal Collo Bonaretti. Sur la valeur biochimique du fœtus et

du placenta dans la détermination du travail. (163. — Juin 1924.) — Henry. Sur les heures du début du travail et de l'accouchement. (187. — N° 22, 25 nov. 1924.) — Sellheim. Participation active du fœtus dans l'accouchement. (254. — Vol. LXXXVIII, cahier 1, 1924.) — Vignes. Les causes de la parturition. (165. — 30 août 1924.)

II. — LA CONTRACTION UTÉRINE

Backmann. Action de la vératrine sur l'intestin et l'utérus, et sur l'importance à cet égard des ions K et Ca. (209. — T. I, 1924, p. 129.) — Brault. Les idées actuelles sur la contraction utérine : inertie ou contracture. (175. — Janv. 1924.) — Delle Piane. L'action de la bile et de ses principaux composants sur la contraction de la fibre musculaire utérine. (75. — Fasc. III, 1924.) — Forget-Urion. La contraction utérine. (165. — N° 1, 5 janv. 1924.) — Mickulicz. Effets de la compression de l'aorte sur la contraction utérine. (253. — N° 21, 24 mai 1924.) — Neumann. Théorie neurogène de la contraction utérine. (189. — N° 108, déc. 1924.)

III. — MÉCANIQUE DE L'ACCOUCHEMENT

Il faut citer un mémoire pnblié par Keiffer et dans lequel on trouve de très intéressantes coupes histologiques permettant de comprendre l'histophysiologie de l'utérus à terme.

Baum. Position de la tête pendant l'accouchement. (141. — N° 10, 7 mars 1924.) — Greenwood. Modelage de la tête fœtale et ses conséquences. (98. — Vol. 31, n° 4, 1924.) — Keiffer. Étude sur l'histophysiologie utérine. (208. — Séance du 4 oct. 1924.) — Mueller. La mécanique de l'accouchement. (22. — Vol. CXIX, cahier 3, 1924.) — Portes et Blanche. Le radio-diagnostic obstétrical. (88. — T. X, n° 5, nov. 1924.)

IV. — LES BRUITS DU CŒUR FŒTAL

Pfeilsticker. Perception à distance des bruits du cœur fœtal. (253. — N° 1-2, 12 janv. 1924.) — Pœck. Propagation des battements du cœur fœtal. (253. — N° 38, 20 sept. 1924.) — Rouvier. Vagissements intra-utérins du fœtus avant une application de forceps au détroit supérieur. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Wyder. Perception à distance des bruits du cœur fœtal. (253. — N° 17, 26 avril 1924.)

SEPTIÈME PARTIE

PARTURITION PATHOLOGIQUE

Chapitre I.

VICIATIONS PELVIENNES

La radio-pelvimétrie. — Portes et Blanche, ayant examiné les procédés radio-pelvimétriques proposés jusqu'à présent, croient qu'un certain nombre d'entre eux, reposant sur un principe mathématiquement exact, sont susceptibles dès maintenant de fournir des mensurations absolument précises du bassin dans toutes ses parties. Il apparaît donc possible de se servir systématiquement de ce procédé d'investigation au cours des recherches ultérieures qui pourront être faites sur les viciations pelviennes, ou même sur le mécanisme de l'accouchement dans les bassins normaux et rétrécis. Mais dans l'impossibilité où nous sommes actuellement d'obtenir des mensurations de la tête fœtale, le problème de la disproportion entre la tête et le bassin n'a pas encore trouvé sa solution radiographique. Au point de vue technique, Lamarque et Roume estiment avec Portes et Blanche que la méthode par intersection d'une double projection conique paraît actuellement la meilleure méthode pour obtenir une image aussi précise que possible du détroit supérieur ; faite dans de bonnes conditions on peut compter sur une approximation de l'ordre du demi-centimètre dans l'appréciation des divers diamètres. Enfin Bouchacourt ayant proposé de renoncer au palper mensurateur au bénéfice de la radiographie, le Pr Couvelaire et Wallich ont vivement protesté, disant que le palper mensurateur rendra des services tant qu'on n'aura pas de meilleure méthode à lui substituer.

La conduite à tenir dans les dystocies pelviennes. — Il faut retenir la réhabilation de la pelvitomie qui s'est affirmée manifestement (1); les observations de césarienne dans les cas de rétrécissement du bassin sont nombreuses ; l'extériorisation temporaire de l'utérus suivie de réintégration, pratiquée avec succès par Portes, et par de nombreux auteurs après lui, est venue heureusement améliorer le pronostic des dystocies pelviennes en permettant l'hystérotomie quand l'heure de la césarienne classique est passée (2).

Le bassin oblique ovalaire. — De nouvelles observations de bassins de Nœgele ont été faites par Fruhinsholz et Husson, d'où il se dégage quelques notions intéressantes : 1° la localisation habituelle de la lésion au niveau de l'articulation sacro-iliaque *droite* (4 fois sur 5); 2° la liaison fréquente de cette déformation avec un passé articulaire. Il est à présumer, d'après ces auteurs, que les bassins à type de Nœgele procèdent plus souvent qu'on ne croit de la localisation apparente ou insidieuse d'une infection bacillaire ou staphylococcique développée généralement dans la seconde enfance au niveau d'une des symphises sacro-iliaques, la droite de préférence.

Bibliographie.

Archangelsky. Mensuration du bassin et détermination de la grandeur du fœtus. (253. — N° 34, 23 août 1924.) — Baer. Accouchement en cas de bassin large ou normal. (253. — N° 41, 11 oct. 1924.) — Blotnik. Étude obstétricale du bassin chez les femmes. (238. — Paris, juin 1924.) — Bouchacourt. Deux faits prouvant la nécessité de ne pas se contenter de la radio-pelvimétrie ; avantages qu'il y aurait à aborder enfin le problème de la radio-céphalométrie fœtale à la fin de la grossesse et pendant le travail. (210. — T. XIII, n° 9, 1924.) — Cameron. Césarienne en cas de bassin rétréci. (70. — Juillet 1924.) — Chausaulme. De la scolio-cyphose au point de vue obstétrical. (238. — Paris, juin 1924.) — Commandeur et Éparvier. Bassin de type oblique ovalaire consécutif à une coxalgie. (210. — T. XIII, n° 6, 1924.) — Duboucher et Houel. Bassin rachitique pseudo-ostéomalacique. (210. — T. XIII, n° 1, 1924.) — Fruhinsholz et Husson. Nouvelles observations de bassins de Nœgele. (210. — T. XIV, n° 1, 1925.) — Garipuy. Indications de l'opération césarienne d'après la marche de l'accouchement, à propos de deux cas de bassin rétréci. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Gaucherand. Bassin vicié par pied bot unilatéral. (210. — T. XIV, n° 1, 1925.) — Gibbon-Fitzgibbon. Les bassins

(1) Huitième partie, chapitre VII, les pelvitomies, p. 89.
(2) Huitième partie, chapitre VIII, les hystérotomies, p. 91.

rétrécis. (42. — Janv. et fév. 1924.) — Guérin-Valmale et Henry. Présentation du pelvicomparateur d'Henry. (210. — T. XIV, nº 1, 1925.) — Husson. Étude obstétricale du bassin sacro-coxalgique. (238. — Nancy, 1924.) — Kirstein. Étude du bassin étroit. (68. — Nº 9, 29 fév. 1924.) — Klein. Accouchement dans un bassin ilio-fémoral. (210. — T. XIII, nº 8, 1924.) — Lamarque et Roume. Sur l'utilisation obstétricale de la radiographie ; présentation de radiographies de fœtus et de bassins. (210. — T. XIV, nº 1, 1925.) — Laurentie. Bassin rachitique ; césarienne mutilatrice avec incision secondaire de l'utérus ; de la rareté du bassin rachitique en Syrie. (187. — Nº 2, janv. 1924.) — Le Lorier. Pelvimétrie externe directe du détroit supérieur. (210. — T. XIII, nº 4, 1924.) — Lima. Dystocie pelvienne ; césarienne. (191. — Nº 3, mars 1924.) — Palacios Costa. Dystocie pelvienne. (210. — Juin-juillet 1924, t. XIII.) — Paucot. Césarienne pour barrure du bassin. (210. — T. XIV, nº 1, 1925.) — Picard. Césarienne avec hystérectomie pour dystocie par bassin rétréci. (210. — T. XIV, nº 1, 1925.) — Portes et Blanche. 1º Le radio-diagnostic obstétrical. (88. — T. X, nº 5, nov. 1924.) — 2º Étude critique des procédés radio-pelvimétriques. (88. — T. X, nº 6, déc. 1924.) — De Souza. Bassin asymétrique. (191. — Nº 11, 1924.) — Spencer. Bassin rétréci. (42. — 19 janv. 1924.) — Voron et Charleux. Syndrome de Klippel-Feil et bassin rétréci. (210. — T. XIII, nº 8, 1924.)

Chapitre II.

DYSTOCIE D'ORIGINE MATERNELLE

I. — DYSTOCIE PAR MALFORMATIONS UTÉRINES

De tous les cas de malformations utérines avec gestation concomitante rapportés, les uns ont permis un accouchement normal, d'autres ont nécessité une intervention ; mais il s'agit de cas d'espèces et on ne peut dire à priori que toute malformation utérine est une cause de dystocie.

Bibliographie.

Beckmann. Utérus double et gestation gémellaire. (253. — Nº 39, sept. 1924.) — Bouscarle. Des utérus doubles au point de vue obstétrical. (238. — Paris, fév. 1924.) — Dambrin et Bernardbeig. Un cas remarquable d'utérus didelphe ;

fibrome dans l'un des corps utérins, gestation dans l'autre ; hystérectomie. (88. — T. IX, n° 3, 1924.) — Johannsen. Accouchement dans un utérus bicorne avec col unique. (253. — N° 3, 19 janvier 1924.) — Parry Guy. Gestation dans un utérus double. (5. — Vol. VIII, n° 4, oct. 1924.) — Péry et Mangé. Un cas de grossesse dans un utérus cloisonné. (210. — T. XIII, n° 5, 1924.) — Reeb. Opération césarienne suivie d'hystérectomie dans un cas d'utérus double. (210. — T. XIII, n° 6, 1924.)

II. — DYSTOCIE PAR CONTRACTURE UTÉRINE

Divers auteurs conseillent l'anesthésie générale pour lutter contre tous les cas de contracture (Stone, Nubiola, Isbecque). Vogel ne pratique l'anesthésie que si la contracture est généralisée, mais dans le cas de contracture annulaire isolée (anneau de Bandl), il préfère la dilatation locale manuelle.

Bibliographie.

Burger. Dystocie par contracture de l'orifice interne. (210. — T. XIII, n° 6, 1924.) — Isbecque et Paucot. Contracture partielle de l'utérus avec présentation du sommet. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Nubiola. Dystocie par contracture annulaire. (189. — N° 104, avril 1924.) — Stone. Césarienne pour contracture. (5. — Vol. VIII, n° 5, nov. 1924.) — Vogel. Dystocie par anneau de Bandl. (22. — Vol. CXXI, cahier 2, 1924.)

III. — DYSTOCIE PAR FIBROME (1)

La présence de petits noyaux après la myomectomie peut créer un obstacle à l'accouchement par les voies naturelles, et imposer la césarienne (Goullioud). Certains cas de fibrome praevia peuvent obliger à recourir à l'hystérectomie (Andérodias).

Bibliographie.

Andérodias, Lacouture et Boursier. Césarienne et hystérectomie pour fibrome praevia. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Fischmann. Fibrome et accouchement (236.

(1) Cf. troisième partie, chapitre xix, tumeurs et gestation, p. 46.

— Sept. 1924.) — Goullioud. Opération césarienne dans un cas de grossesse après myomectomie. (210. — T. XIII, nº 2, 1924.) — Voron et Ducroux. Volumineux fibrome praevia ; refoulement manuel au voisinage du terme ; accouchement par les voies naturelles. (210. — T. XIII, nº 8, 1924.)

IV. — DYSTOCIE PAR LÉSIONS DU COL

De nombreux auteurs publient des observations de cas de dystocie d'origine cervicale, par rigidité, sténose cicatricielle, œdème du col, ayant souvent obligé à recourir à la césarienne. Deux cas d'accouchement tout à fait normal ont été observés par Andérodias, par Gautret et Lapervenche chez des femmes auxquelles on avait fait des incisions du col lors d'un accouchement antérieur. La question des altérations du col consécutives aux applications de caustique de Filhos et des complications possibles pendant le travail est diversement jugée : pour Paucot, la dystocie, qui porte surtout sur l'orifice externe est relativement fréquente, mais ne lui a jamais imposé la césarienne ; Vanverts pense que la dystocie par sclérose cervicale due au Filhos est exceptionnelle ; le Pr Couvelaire estime que, malgré une bonne technique et un emploi judicieux du Filhos, il reste des possibilités de dystocie par sténose cicatricielle du col, rares à la vérité (7 à 8 pour 100), mais pouvant nécessiter la césarienne ; donc, étant donné la rareté de cette dystocie, il ne faut pas se priver de faire des cautérisations au Filhos, mais seulement se tenir prêt à pratiquer la césarienne au moment du travail.

Bibliographie.

Andérodias. Accouchement après incisions du col au cours du précédent accouchement. (210. — T. XIV, nº 2, 1925.) — Andérodias et Gandy. Quelques cas d'agglutination du col. (210. — T. XIII, nº 5, 1924.) — Audebert. Quelques observations d'incision unique dans la rigidité du col. (187. — Nº 16, 25 août 1924.) — Burger. Dystocie par œdème du col. (210. — T. XIII, nº 8, 1924.) — Cabanes et Pouget. Rigidité cicatricielle du col ; infection amniotique ; césarienne vaginale. (210. — T. XIV, nº 3, 1925.) — Calhoun. L'incarcération du col œdématié, comme cause de dystocie au cours du travail. (147. — Oct. 1924.) — Cheval. Un cas de césarienne vaginale pour sclérose du col avec oblitération consécutive de la cavité cervicale. (208. — Séance du 5 janv. 1924.) — Couvelaire. Résultats

du traitement des métrites cervicales chroniques par les applications de caustique Filhos. (210. — T. XIII, nº 6, 1924.) — Gautret et Lapervenche. Un cas d'accouchement après incision du col dans un accouchement antérieur. (210. — T. XIV, nº 2, 1925.) — Gutzeit. Césarienne dans un cas d'atrésie cicatricielle de l'orifice externe du col. (253. — Nº 33, 16 août 1924.) — Paucot. Résultats du traitement des métrites cervicales chroniques par le caustique Filhos. (210 — T. XIV. nº 1, 1925.) — Pemberton. Atrésie acquise du vagin et du col. (5. — Vol. VII, nº 5, avril 1924.) — Rizzacasa. Un cas de sténose cicatricielle du col de l'utérus. (26. — Série II, vol. XI, nº 2, fév. 1924.) — Vallois. Dystocie par rigidité néoplasique du col utérin. (210. — T. XIII, nº 9, 1924.) — Vanverts. Le traitement des métrites cervicales chroniques par le caustique de Filhos. (210. — T. XIII, nº 8, 1924.)

V. — DYSTOCIE D'ORIGINE VAGINALE

Le traitement des cloisonnements transversaux du vagin, congénitaux ou cicatriciels, doit consister en principe en une intervention par les voies naturelles, qu'on ne pratiquera qu'au moment du travail. Seuls, certains rétrécissements très serrés relèvent de la césarienne (Audebert, Pascal, Delfourd et Riff).

Bibliographie.

Audebert. Deux cas de cloisonnement transversal du vagin pendant la grossesse. (210. — T. XIII, nº 7, 1924.) — Audebert et Pascal. Traitement des cloisonnements transversaux du vagin chez la femme enceinte. (235. — 15 avril 1924.) — Brossmann. Césarienne pour atrésie congénitale du vagin. (253. — Nº 23, 7 juin 1924.) — Delfourd et Riff. Dystocie par cloisonnement vaginal. (210. — T. XIII, nº 8, 1924.) — Haro y Garcia. Dystocie par bride transversale congénitale du vagin. (189. — Nº 106, oct. 1924.) — Mariantschik. Un cas de césarienne pour sténose cicatricielle du vagin. (253. — Nº 4, 26 janv. 1924.) — Pemberton. Atrésie acquise du vagin et du col. (5. — Vol. VII, nº 5, avril 1924.) — Rouvier et Jahier. Rare malformation vulvaire congénitale : persistance de la membrane cloacale masquant entièrement l'entrée du vagin et l'hymen ; grossesse ; accouchement par les voies normales après excision de la membrane. (210. — T. XIII, nº 9, 1924.)

VI. — DYSTOCIES MATERNELLES DE CAUSES DIVERSES

Bindschedler. Dystocie due à un néoplasme du rectum. (210. — T. XIII, nº 8, 1924.) — Glinski. Deux cas de dystocie par tumeurs de l'abdomen. (162. —

N° 16, 1924.) — Iraeta et Bustos Moron. Dystocie par antéversion sacciforme du segment inférieur. (206. — 24 juillet 1924.) — Leroy des Barres. Dystocie par calcul vésical. (1. — Séance du 6 fév. 1924.)

Chapitre II.

DYSTOCIES FŒTALES

I. — PROCIDENCE DU CORDON

De l'avis de Häggström, de Vallois et Roume, cette complication est assez rare (une fois sur 144 accouchements environ); la mortalité infantile qui lui est imputable est de 37 pour 100. Il faut signaler un ingénieux et simple appareil innové par Monash pour repousser le cordon procident.

Bibliographie.

Goarnisson. De la procidence du cordon ombilical ; documents cliniques pour servir à l'étude de cette complication de l'accouchement. (238. — Montpellier, 1923-1924.) — Haggstrom. Procidence du cordon. (3. — Vol. II, 1924.) — Monash. Système hydrostatique pour repousser le cordon procident. (236. — Juillet 1924.) — Vallois et Roume. Recherches sur la fréquence de la procidence du cordon ombilical. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.)

II. — CIRCULAIRE DU CORDON

Burger. Le diagnostic des circulaires du cordon. (253. — N° 48, 29 nov. 1924.) — Favreau et Rantureau. Souffrance fœtale et nœud du cordon. (210. — T. XIII, n° 3, 1924.) — Rouvier. Quadruple circulaire cervicale. (210. — T. XIII, n° 1, 1924.)

III. — HYDROCÉPHALIE

Azpeitia. Accouchement d'un hydrocéphale en présentation par le siège. (71. — 12 janv. 1924.) — Guirauden. Hydropisie généralisée du fœtus et du placenta. (210. — T. XIII, n° 1, 1924.) — Madon. Hydrocéphalie ; tête dernière retenue

dans la cavité utérine, assez volumineuse pour en avoir imposé pour une gémellité. (210. — T. XIV, nº 1, 1925.) — Péry. Sur un cas d'hydrocéphalie. (210. — T. XIV, nº 1, 1925.) — Rouvier, Houel et Jahier. Présentation de deux fœtus hydrocéphales. (210. — T. XIV, nº 3, 1925.) — Treacy. L'hydrocéphalie. (148. — Oct. 1924.) — Wetterwald. Sur un cas d'hydrocéphalie répétée. (187. — Nº 22, 25 nov. 1924.)

IV. — LES GROS FŒTUS

Baer. Conduite à tenir dans le cas de gros enfant avec bassin normal. (253. — Nº 41, 11 oct. 1924.) — Paquet. Opération césarienne pour excès de volume du fœtus. (210. — T. XIII, nº 8, 1924.) — Poux et Rascol. Dystocie par excès de volume du fœtus. Difficulté du diagnostic de vitalité du fœtus. (210. — T. XIII, nº 7, 1924.) — Weeder. Les gros enfants. (103. — Vol. 83, nº 7, 16 août 1924.)

V. — PRÉSENTATIONS DE LA TÊTE DÉFLÉCHIE

Andérodias et Lacouture rappellent que pendant longtemps quelques accoucheurs ont nié l'existence des présentations primitives de la face avant tout début de travail ; à l'heure actuelle on en publie des observations partout. Rossenbeck a eu l'occasion de voir un cas exceptionnel d'accouchement spontané dans une présentation de la face en mento-sacrée.

De nombreux auteurs recommandent l'emploi du forceps de Kielland dans les présentations du front (1).

Bibliographie.

Alfieri et Bortini. Sur un cas intéressant de présentation du front dans un bassin vicié par paralysie infantile, avec documentation radiologique. (163. — Fasc. 36, 1924.) — Andérodias et Lacouture. Présentation primitive de la face ; bassin rétréci ; opération césarienne. (210. — T. XIII, nº 8, 1924.) — Eisenberg. Accouchement spontané dans une présentation du front, avec suture frontale dirigée transversalement. (253. — Nº 38, 20 sept. 1924.) — Rossenbeck. Un cas d'accouchement spontané dans une présentation de la face en mento-sacrée. (253. — Nº 38, 20 sept. 1924.) — Stiglbauer. Quelques mots sur la présentation frontale. (139. — Vol. LXVI, juin 1924.)

(1) Cf. chapitre sur le forceps, p. 86.

VI. — PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE

Duguid. Conduite à tenir dans les présentations de l'épaule. (132. — 5 avril 1924.) — Duvillier et Béghin. Opération de Porro pour présentation de l'épaule négligée. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Ferraresi. Les présentations de l'épaule négligées. (198. — Mai 1924.) — Lantuéjoul. Opération césarienne dans un cas de présentation de l'épaule. (210. — T. XIII, n° 3, 1924.)

Chapitre IV.

LA DÉLIVRANCE ET SES ACCIDENTS

I. — MÉTHODES DE DÉLIVRANCE

La délivrance hydraulique a été actuellement essayée dans tous les pays. Mme Forget-Urion a attiré l'attention sur les dangers qu'elle peut présenter : elle peut donner lieu à un frisson identique à celui qui suit les injections intra-utérines ; en effet, le liquide, poussé sous forte pression, peut passer dans les veines : d'où possibilité de choc, accidents toxiques, embolies, accidents infectieux. Il faut donc être prudent dans l'utilisation de ce procédé de délivrance.

Bibliographie.

Burger. Conduite à tenir après l'accouchement. (253. — N° 20, 17 mai 1924.) — Cathala et Biancani. La délivrance par injection funiculaire. (187. — N° 2, 25 janv. 1924.) — Dujol et Bollet. La délivrance hydraulique. (117. — Août 1924.) — Forget. Un danger de la délivrance hydraulique. (210. — T. XIII, n° 6, 1924.) — Grosse. Délivrance par injection funiculaire. (257. — 1er nov. 1924.) — Heidler. La délivrance hydraulique. (139. — Vol. LXVI, cahier 1, 1924.) — Joachimovits. L'adrénaline pour la délivrance manuelle. (250. — N° 19, 1924.) — Pelizza. Mode de délivrance par injection funiculaire. (238. — Paris, 1924.) — Rossier. Traitement de la période de délivrance. (205. — N° 1, janvier 1924.) — Sacharow. Influence de la délivrance manuelle sur l'évolution des suites de couches. (253. — N° 45, 8 nov. 1924.) — Lévy. Conduite de la délivrance. (146. — Sept. 1924.) — Wilson. Délivrances normales. (231. — Juin 1924.)

II. — LES HÉMORRAGIES DE LA DÉLIVRANCE ET LEUR TRAITEMENT

On discute toujours les nombreux procédés pour produire l'hémostase. Le tamponnement utéro-vaginal a ses défenseurs et ses détracteurs (Borde, Bustamente, Vogt, Zacherl). La compression manuelle de l'aorte suivant la méthode de Rissmann serait très pratique et inoffensive (Schultheiss). Burghardt conseille de comprimer indirectement les artères utérines en pinçant le paramètre avec quatre pinces de Muzeux.

Pour lutter contre l'anémie consécutive à ces hémorragies, on a proposé jadis les injections de sérum artificiel dans le tissu cellulaire rétro-mammaire, parce que le sérum serait plus rapidement résorbé là que dans tout autre tissu cellulaire, ce qui constituerait un intermédiaire entre l'injection sous-cutanée et l'intra-veineuse ; c'est cependant un procédé assez dangereux si l'on en juge par le cas publié par Vignes : gangrène totale de la glande.

Le sérum gommé intra-veineux donnerait de bons résultats pour combattre l'anémie aiguë.

Bibliographie.

Barthélemy. Le sérum gommé en gynécologie et en obstétrique. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Borde. Le tamponnement utéro-vaginal dans les hémorragies du post-partum. (37. — Juillet 1924.) — Brock. Arrêt des hémorragies placentaires après l'accouchement. (169. — Avril 1924.) — Burghardt. Le pincement du paramètre dans les hémorragies de la délivrance. (253. — N° 14, 5 avril 1924.) — Bustamente. Hémorragies de la délivrance. (186. — N° 9, sept. 1924.) — David. Note sur un nouveau moyen d'hémostase utérine. (65. — 4 mai 1924.) — François. Des anomalies du décollement du placenta après l'accouchement. (238. — Paris, 1924.) — Guillemin. Rétention placentaire aseptique prolongée. (210. — T. XIV, séance de Nancy, 17 déc. 1924.) — Ingrao. Hémorragie grave par rétention de cotylédons placentaires. (198. — N° 8, 1924.) — Noguères. Étude clinique et thérapeutique des hémorragies secondaires du post-partum liées à une rétention placentaire. (238. — Paris, 1924.) — Schultheiss. La méthode de compression de Rissmann est-elle sans danger ? (253. — N° 49, 6 déc. 1924.) — Tesauro. Emploi de solution physiologique gommeuse après les hémorragies. (26. — N° 1, 1924.) — Vogt. Critique du tamponnement utéro-vaginal. (253. — N° 22, 31 mai 1924.) — Vignes. 1° Nécrose totale de la glande mammaire consécutive à une injection

rétro-mammaire de sérum artificiel. (53. — Séance du 22 nov. 1924.) — 2° Rétention placentaire, hystérectomie. (210. — T. XIII, n° 3, 1924.) — Wiemann. La revision utérine aussitôt après l'accouchement dans le but d'éviter la rétention de débris placentaires. (253. — N° 51, 20 déc. 1924.) — Zacherl. A propos du tamponnement utéro-vaginal. (253. — N° 35, 30 août 1924.)

III. — ACCIDENTS DIVERS DE LA DÉLIVRANCE

Finck. Amaurose aiguë transitoire après l'accouchement. (253. — N° 22, 31 mai 1924.) — Hammerschlag. Trois cas de blessures de l'utérus pendant la délivrance. (86. — Séance du 3 fév. 1924.) — Pritzi. Un cas de prolapsus du placenta. (87. — Séance du 11 mars 1924.)

Chapitre V.

LÉSIONS MATERNELLES CONSÉCUTIVES A L'ACCOUCHEMENT

I. — RUPTURE UTÉRINE

Borgarelli et Soroco. Rupture utérine. (171. — Février 1924.) — Canci. Rupture utérine d'origine obstétricale. (193. — N° 27, juillet 1924.) — Delteil. Des ruptures utérines pendant le travail. (238. — Paris, juillet 1924.) — Gaudino. Rupture utérine. (39. — T. III, 31 oct. 1924.) — Heidler. 1° Symptomatologie de la rupture utérine. (250. — N^{os} 22 et 23, 1924.) — 2° Rupture utérine après césarienne itérative classique. (250. — N° 12, 1924.) — Heim. Un cas de rupture atypique spontanée de l'utérus. (254. — Vol. LXXXVII, cahier 1, fév. 1924.) — Hillis. Rupture utérine. (236. — Vol. XXXIX, n° 1, juillet 1924.) — Job et Hamant. Rupture au cours du travail de la cicatrice d'une opération césarienne antérieure. (210. — T. XIV, n° 2, 1925.) — Ragusa. Rupture utérine spontanée pendant l'accouchement. (116. — N° 2, 1924.) — Rucker et Haskell. Rupture de l'utérus et mort de la mère après emploi de la pituitrine. (187. — 10 fév. 1924.) — Streibel. Emploi intra-péritonéal du rivanol dans un cas de rupture utérine complète pendant l'accouchement. (253. — N° 7 a, 16 fév. 1924.) — Uthmoller. Rupture spontanée de l'utérus avec issue de l'enfant dans la cavité abdominale, opérée d'urgence. (253. — N° 4, 26 janv. 1924.) — Vallois et Grynfeldt. Rupture utérine au cours du travail. (210. — T. XIII, n° 1, 1924.) — Voituriez. Rupture utérine silencieuse ; opération de Porro, guérison. (210. — T. XIV, n° 2, 1925.) — Voron, Bouvier

et Baussillon. Rupture utérine traitée par un tamponnement simple ; guérison. (210. — T. XIV, n° 1, 1925.) — Wiseley et Bradfield. Un cas de rupture utérine. (153. — Juin 1924.)

II. — DÉCHIRURES DU PÉRINÉE

Chassaigne. Contribution à l'étude des déchirures complètes du périnée et de leur traitement. (238. — Bordeaux, 1924.) — Rudolphson. A propos de la suture secondaire du périnée dans les suites de couches. (253. — N° 7 a, 16 fév. 1924.) — Taschek. Guérison opératoire des lésions causées par l'expulsion du fœtus. (253. — N° 7 a, 16 fév. 1924.)

III. — DÉCHIRURES DU COL, DU VAGIN, ET LÉSIONS DU COCCYX

Cooke Hirst et Wachs. Les traumatismes du coccyx pendant le travail. (5. — Vol. VII, n° 2, fév. 1924.) — Emge. La réparation des déchirures du col. (5. — Vol. VII, janv. 1924.) — Lukins. Lacérations du col. (114. — Mai 1924.) — Poux et Rascol. Déchirure profonde de la partie latérale droite du vagin par véritable éclatement du conduit, sans lésions du périnée, chez une primipare. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.)

IV. — THROMBUS VULVO-VAGINAL

Barbaro pense, comme autrefois Schulze, que le thrombus est favorisé par des altérations veineuses dues à une intoxication gravidique, et qu'il se produit là où les veines sont le plus nombreuses, c'est-à-dire au niveau de la colonne postérieure du vagin. Tous les auteurs qui rapportent des observations de thrombus insistent sur ce fait que ces tissus variqueux saignent toujours beaucoup, et que chaque point de suture est l'occasion d'une hémorragie.

Bibliographie.

Barbaro. Un cas de thrombus pédiculé du vagin. (210. — T. XIII, n° 10. 1924.) — Vallois, Roume et Montagne. A propos d'un cas de thrombus vulvo-vaginal. (210. — T. XIII, n° 5, 1924.)

Chapitre VI.

LE CHOC OBSTÉTRICAL

Les observations de phénomènes syncopaux survenant chez des accouchées, publiées sous la dénomination de *choc,* représentent, d'après la diversité même des symptômes décrits, des accidents assez différents. Aussi bien, les auteurs n'ont-ils pas tous la même conception du choc ; plusieurs hypothèses se font jour : 1° pour certains, le choc obstétrical est un phénomène réflexe, en rapport avec les connexions sympathiques de l'utérus, phénomène analogue à celui que produit la dilatation brutale du col, et que peut produire l'inversion utérine (Faugère) ; 2° d'autres ont voulu assimiler le choc obstétrical aux chocs toxiques observés chez les grands blessés de guerre ; Schickelé a combattu cette théorie ; 3° quelques-uns croient au choc par collapsus cardiaque qui ne serait qu'une forme des accidents gravido-cardiaques (Rivière, Balard, Jeanneney, cf. article de Favreau) ; Le Lorier pense qu'il y a toujours chez les femmes qui subissent le choc une lésion cardiaque plus ou moins ignorée ; 4° enfin il faut citer la théorie du choc par anémie bulbaire consécutive à la vaso-dilatation abdominale par suite de l'évacuation rapide de l'utérus.

Il semble bien, ainsi que Rivière le conclut de son étude complète de la question, que la diversité des pathogénies invoquées et des constatations nécropsiques ne permet pas de croire à l'existence d'un choc obstétrical analogue au choc opératoire ou traumatique, et qu'aucune des différentes théories ne peut expliquer tous les faits disparates observés. Pour Rivière, l'évacuation de l'utérus gravide est la condition prédisposante de la plupart des syndromes dénommés « choc obstétrical » ; et de plus il faut faire jouer un rôle à certains organes dont l'insuffisance fonctionnelle ne s'était pas encore révélée avant la survenue de cet accident (lésion hépatique, lésion du système cardio-vasculaire, système nerveux végétatif déréglé).

Bibliographie.

Audebert. 1° Un cas de choc après l'accouchement. (222. — Séance du 19 mars 1924.) — 2° Deux cas de choc après l'accouchement. (187. — N° 20, 25 oct. 1924.) — Boursier et Rivière. Deux observations de choc dans le post-partum immédiat. (210. — T. XIII, n° 3, mars 1924.) — Drouet. Sur la pathogénie et le mécanisme des chocs. (104. — N° 38, 20 sept. 1924.) — Favreau et Le Peuple. Choc obstétrical ? (210. — T. XIII, n° 6, 1924.) — Faugère. Sur un cas d'inversion utérine. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Forget-Urion. Choc obstétrical à pathogénie vermineuse probable. (210. — T. XIV, 1925, n° 1.) — Gaucherand. Choc obstétrical consécutif à un curage digital dans les suites de couches. (210. — T. XIII, 1924, n° 8.) — De Isla. Le shok. (71. — Janv. 1924.) — Jeannin. De la mort subite et rapide durant la puerpéralité. (100. — 11oct. 1924.) — Noyes. Un cas de shock après la délivrance. (199. — Déc. 1924.) — Paucot. Le choc obstétrical. (210. — T. XIII, n° 2, 1924.) — Rivière. Existe-t-il un choc obstétrical ? (187. — N° 15, 10 août 1924.) — Schickelé. Toxémie gravidique ou choc obstétrical ; mort subite après l'accouchement. (88. — T. IX, 1924, n° 1.) — Soupault. Contribution à l'étude du choc obstétrical pendant l'accouchement et le post-partum. (238. — Paris, mars 1924.) — Vanverts. Choc obstétrical suivi de mort. (210. — T. XIII, 1924, n° 6.) — De Waele. Le phénomène du choc. (124. — 12 oct. 1924.)

Chapitre VII.

LÉSIONS FŒTALES CONSÉCUTIVES A L'ACCOUCHEMENT

I. — L'ASPHYXIE DU NOUVEAU-NÉ

Parmi les divers procédés indiqués pour ranimer les nouveau-nés en état de mort apparente il y en a deux qui méritent particulièrement de retenir l'attention. Les insufflations d'oxygène faites avec des appareils nombreux et variés semblent donner d'excellents résultats (Engelmann, Holzbach, Wagner). Les injections intra-cardiaques d'adrénaline paraissent constituer une thérapeutique intéressante quoique dangereuse (Koch, Abbott).

Bibliographie.

Abbott. L'adrénaline intra-cardiaque dans l'asphyxie du nouveau-né. (59. — Août 1924.) — Baumm. La respiration artificielle dans l'asphyxie des nouveau-nés. (253. —

N° 17, 26 avril 1924.) — Bustamente. Mort du fœtus pendant la gestation et l'accouchement. (186. — Oct. 1924.) — Commandeur et Rhenter. Apoplexie rénale chez un nouveau-né mort d'accidents asphyxiques. (210. — T. XIII, n° 2, 1924.) — Engelmann. Retour à la vie des nouveau-nés profondément asphyxiés, par insufflation d'oxygène. (253. — N° 19, 10 mai 1924.) — Favreau et Rantureau. 1° Souffrance fœtale avec nœud du cordon. — 2° Injections sous-cutanées d'oxygène dans un cas de souffrance fœtale. (210. — T. XIII, n° 3, 1924.) — Holzbach. Emploi de l'oxygène pour ranimer les nouveau-nés. (253. — N° 23, 7 juin 1924.) — Hueber. Mort du fœtus par étranglement dû au cordon. (144. — Janv. 1924.) — Koch. Un cas de nouveau-né asphyxique ranimé par une injection intra-cardiaque d'adrénaline. (253. — N° 41, 11 oct. 1924.) — La Burthe. Nouvel insufflateur : sufflo-aspirateur filtrant. (210. — T. XIII, n° 10, 1924.) — Luis Perez et Sosa y Sanchez. Mort du fœtus par étranglement du cordon autour d'une bride amniotique. (171. — N° 33, 30 avril 1924.) — Pollak et Rœsner. Asphyxie des nouveau-nés. (89. — Séance du 15 janv. 1924.) — Schutt. Traitement de l'asphyxie blanche du nouveau-né. (253. — N° 10, 8 mars 1924.) — Spitzer. Traitement de l'asphyxie blanche des nouveau-nés. (253. — N° 25, 21 juin 1924.) — Wagner. Nouveau-nés en mort apparente ranimés par la respiration d'oxygène au moyen du « Baby pulmotor » de Drager. (253. — N° 28, 12 juillet 1924.) — Vignes. L'établissement de la respiration et la mort apparente du nouveau-né. (78. — 15 juillet 1924.)

II. — LES HÉMORRAGIES INTRA-CRANIENNES

Delmas et Roume. Des traumatismes crânio-médullaires au cours des interventions obstétricales. (210. — T. XIII, n° 5, 1924.) — Foote. Diagnostic et traitement de l'hémorragie intra-crânienne du nouveau-né. (229. — Juin 1924.) — Gordon. Les hémorragies méningées du nouveau-né ; leurs conséquences éloignées. (5. — Vol. VII, avril 1924.) — Kelly. Hémorragies intra-crâniennes du nouveau-né. (251. — Juin 1924.) — Lambert. Étude des hémorragies méningées. (238. — Paris, déc. 1924.) — Mac Haffie. Hémorragie cérébrale du nouveau-né. (59. — Déc. 1924.) — Ross. L'hydrocéphalie compliquant l'hémorragie intra-crânienne chez le nouveau-né. (59. — Juin 1924.) — Saenger. Épanchements de sang intra-crâniens chez les nouveau-nés. (139. — Vol. LXV, cahier 5, 1924.) — Sharpe et Maclaire. Les hémorragies intra-crâniennes du nouveau-né. (5. — Vol. VIII, n° 2, août 1924.)

III. — PARALYSIES OBSTÉTRICALES

Boorstein. Paralysie du bras après la naissance. (103. — Vol. 82, n° 11, 1924.) — Ginglinger et Morin. Paralysie du bras après accouchement spontané en présentation céphalique. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Herold. Paralysie transitoire

du récurrent après l'accouchement. (253. — N° 11, 15 mars 1924.) — Rendu. Étude sur les impotences du membre supérieur d'origine obstétricale. (101. — N° 96, janv. 1924.) — Smith. Paralysie obstétricale. (133. — Avril 1924.) — Treu. La paralysie radiale isolée chez les nouveau-nés. (253. — N° 19, 10 mai 1924.)

IV. — FRACTURES

Commandeur et Éparvier. Enfoncement du frontal. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Froggatt. Traitement des fractures de l'humérus consécutives à l'accouchement. (42. — 29 mars 1924.) — Jacques. Deux cas d'enfoncement crânien, dont un suivi de redressement par trépanation. (210. — T. XIII, n° 6, 1924.) — Kink. Lésions du crâne par le forceps de Kielland. (253. — N° 8, fév. 1924.) — Rouvier. Fractures multiples des os des membres chez un fœtus, consécutives à une constriction exagérée de la taille durant la grossesse. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Sabadini. Fractures multiples chez un fœtus par constriction pendant la gestation. (210 — T. XIII, n° 4, 1924.)

V. — LÉSIONS DU CORDON

Gonnet et Morel. Insertion vélamenteuse du cordon. Section de trois vaisseaux fœtaux au moment de la rupture des membranes. (210. — T. XIV, n° 1, séance de Lyon, 10 nov. 1924.) — Henry et Caudière. Hématome du cordon ombilical. (235. — 15 avril 1924.) — Lonne. Un cas particulièrement rare de rupture isolée des deux artères ombilicales lors d'un accouchement spontané. (253. — N° 10, 8 mars 1924.) — Vermelin. Insertion vélamenteuse du cordon ; rupture des vaisseaux fœto-placentaires au cours du travail. Mort fœtale. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Walz. Déchirure spontanée du cordon lors de l'accouchement. (139. — Vol. LXVII, cahier 3-4, 1924.)

HUITIÈME PARTIE

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Chapitre I.

CONDUITE A TENIR DANS LA PARTURITION NORMALE

Allen. Protection du périnée au cours du travail. (148. — Août 1924.) — Andrews. La conduite du travail. (246. — Juin 1924.) — Bonoli. La distension manuelle précoce du périnée, contre les déchirures périnéales. (83. — N° 24, 1924.) — Bucura. Indication de l'épisiotomie. (250. — N° 16, 1924.) — Cowles. Les occipito-postérieures. (5. — Vol. VII, n° 5, avril 1924.) — Démelin. L'exploration du corps de l'utérus en travail d'accouchement. (160. — Fév. 1924.) — Deutschman. La préservation du périnée ; l'épisiotomie préservatrice des déchirures. (133. — 19 nov. 1924.) — Falls et Hunter. Stéthoscope obstétrical perfectionné. (5. — Vol. VIII, sept. 1924.) — Harper. Les positions occipito postérieures. (251. — Juin 1924.) — Kreis. Indications et importance de la rupture artificielle précoce des membranes, sans égard pour la dilatation de l'orifice, dans des cas de tête mobile. (210. — T. XIV, n° 2, séance de Strasbourg, 6 déc. 1924.) — Moss. Combinaison de stéthoscope. (103. — Vol. 83, 28 juin 1924.) — Oestberg. Le toucher rectal dans l'accouchement. (3. — Vol. III, cahier 1, 1924.) — Ralph Reiss. L'examen rectal au cours du travail. (5. — Vol. VIII, n° 4, oct. 1924.) — Rawlings. Les positions occipito-postérieures. (232. — Oct. 1924.) — Samuel. Technique d'intervention pendant l'accouchement. (141. — N° 1, 4 janv. 1924.) — Schaffer et Fleischer. Une méthode pour amplifier les bruits du cœur fœtal. (253. — N° 1/2, 12 janv. 1924.) — Tresidder. Cas de travail difficile. (95. — Mai 1924.) — Vignes. 1° L'épisiotomie. (164. — 26 mars 1924.) — 2° Accouchement en décubitus latéral. (164. — 18 oct. 1924.) — 3° Ce qu'il faut préparer pour un accouchement (164. — 11 oct. 1924.) — Wilson. L'examen rectal au cours du travail. (137. — Mars 1924.) — Williamson et Taylor. La ligature du cordon ombilical avant la cessation des battements. (103. — Vol. 82, n° 4, 1924.)

Chapitre II.

ANALGÉSIE ET ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALES

Certains auteurs essaient de modifier les procédés classiques d'analgésie, comme Gwathmey, Mac Kenzie et Hudson, Joanny; d'autres, comme Brault, Heaney, Perlis, utilisent des produits difficiles à employer, ou nouveaux et encore mal connus : l'hémypnal semble avoir une heureuse action, mais n'a encore été que très insuffisamment expérimenté (Barbaroux, Guérin-Valmale et Rathelot, Baillon); quant au somnifène, il ressort des tentatives faites par Denizet et Gavaudan, Dujol et Clément, Riss, Perlis, que ce produit calme bien les douleurs de l'accouchement en supprimant la perception cérébrale de la douleur, mais qu'il peut, quoique très peu toxique, être dangereux (Savariaud a vu deux cas de mort); de plus son emploi prolonge presque toujours la période d'expulsion et produit souvent une très grande agitation, il ne peut donc être question de se servir du somnifène de façon courante.

Mais c'est surtout dans l'anesthésie rachidienne qu'on a tendance à chercher une méthode pratique et intéressante. Vignes a constaté qu'elle supprime les douleurs, qu'elle ne diminue pas la force de la contraction utérine ni la rétractilité, mais qu'elle relâche nettement la contracture; il conseille de l'utiliser pour les basiotripsies et les versions par manœuvres internes. Pour Lantuéjoul, la rachianesthésie n'est pas inoffensive et il ne faut pas l'utiliser systématiquement au cours de l'accouchement normal; elle est cependant souvent préférable à l'anesthésie générale, particulièrement toutes les fois qu'on désire diminuer la résistance des parties molles (vagin, périnée, et col dans une certaine mesure) au cours des opérations obstétricales par voie basse : application de forceps, extraction du siège, délivrance artificielle, pubiotomie; enfin elle peut rendre des services dans les cas de césarienne.

Bibliographie.

Adams. La morphine et le sulfate de magnésie comme analgésique obstétrical. (*J.* — Vol. VIII, n° 3, sept. 1924.) — Baillon. Essai sur une nouvelle méthode d'anal-

gésie obstétricale. (20. — Mai 1924.) — Barbarroux. Quelques essais d'analgésie obstétricale au moyen de l'hémypnal. (131. — An LXI, n° 34, 5 déc. 1924.) — Bénit. Les anesthésiques en obstétrique. (104. — N° 7, fév. 1924.) — Brault et Bardebor. 1° A propos de l'anesthésie au protoxyde d'azote. (175. — Janv. 1924.) — 2° Le protoxyde d'azote, anesthésique obstétrical. (175. — Fév. 1924.) — Boero. Chloroforme et pituitrine dans certains cas de dystocie. (39. — N° 4, mai 1924.) — Bourne. L'anesthésie en obstétrique. (59. — Août 1924.) — Boyle et Hewer. L'anesthésie obstétricale et gynécologique. (98. — Vol. 31, n° 2, 1924.) Brenner. Anesthésie sacrée. (18. — Janv. 1924.) — Cleisz. L'anesthésie obstétricale par injection intra-veineuse de somnifène, à propos de 40 nouvelles observations. (164. — 17 déc. 1924.) — Danforth. L'anesthésie et l'analgésie en obstétrique. (251. — Sept. 1924.) — Davis et Cron. Analgésie et anesthésie obstétricales. (136. — Déc. 1924.) — Delmas. 1° A propos de l'accouchement indolore. (210. — T. XIII, n° 5, 1924.) — 2° Influence de la rachianesthésie sur les spasmes viscéraux. (50. — Séance du 4 janv. 1924.) — Delmas et Roume. 1° Analgésie rachidienne et contraction utérine. (210. — T. XIII, n° 1, 1924.) — 2° Au sujet de l'anesthésie obstétricale par les composés uréiques. (210. — T. XIV, n° 1, 1925.) Denizet et Gavaudan. Le somnifène en obstétrique. (187. — N° 14, juillet 1924.) — Dujol et Clément. L'anesthésie obstétricale par le somnifène. (210. — T. XIII, n° 6, 1924.) — Favreau et Lapervenche. Le somnifère pendant le travail. (223. — Séance du 28 nov. 1924.) — Frey. Renforcement des bruits du cœur sub partum par l'anesthésie au chloroforme. (152. — 2 mars 1924.) — Gossett. Analgésie et anesthésie obstétricales. (114. — Sept. 1924.) — Guérin-Valmale et Rathelot. L'analgésie obstétricale par l'hémypnal. (210. — T. XIV, 1925, n° 1.) — Gwathmey. L'accouchement indolore. (46. — Mai 1924.) — Gwathmey, Mac Kenzie et Hudson. Atténuation des douleurs de l'accouchement par une méthode synergique. (5. — N° 2, août 1924.) — Heaney. 1° L'éthylène en obstétrique. (103. — Vol. 83, n° 28, déc. 1924.) — 2° L'anesthésie obstétricale par l'éthylène oxygène. (236. — T. XXXVIII, n° 5, mai 1924.) — Joanny. Nouvel essai d'analgésie obstétricale par une association de morphine-scopolamine. (238. — Paris, fév. 1924.) — Kustner. L'anesthésie de la mère pendant l'accouchement peut-elle nuire à l'enfant? (68. — N° 33, 15 août 1924.) — Lantuéjoul. L'anesthésie rachidienne en obstétrique. (88. — T. IX, n° 4, 1924.) — Perlis. 1° Contribution à l'étude de l'accouchement sans douleur. (238. — Paris, fév. 1924.) — 2° Sur un nouveau mode d'anesthésie par voie intraveineuse en obstétrique et en chirurgie. (164. — 13 août 1924.) — Petiteau. Analgésie obstétricale. (238. — Lyon, 1924.) — Puppel. La lobéline dans les accidents de l'anesthésie. (253. — N° 5, 2 fév. 1924.) — Riss. Contribution à l'étude de l'analgésie obstétricale par le somnifène. (210. — T. XIII, 1924.) — Roume. A propos de l'utilisation des dérivés uréiques pour l'anesthésie générale. (210. — T. XIII, n° 5, 1924.) — Scemla. Quelques observations d'accouchement sans douleur. (181. — Oct. 1924.) — Peralta Ramos. L'anesthésie locale en cas de césarienne abdominale. (189. — N° 107, déc. 1924.) — Seidler. 1° Rachianesthésie au cours de l'accouchement. (162. — N^{os} 8 et 9, 1924.) — 2° L'anesthésie sacrée pendant l'accouchement.

(162.— N° 25, 1924.) — Stander. Étude chimique des cas d'empoisonnement par le chloroforme. (45. — Fév. 1924.) — Vignes. La rachianesthésie en pratique obstétricale. (104. — 2 août 1924.)

Chapitre III.

LES OCYTOCIQUES

Parmi tous les produits qui agissent sur la contraction utérine, il en est un, l'extrait d'hypophyse, qui fortement préconisé par certains accoucheurs, a aussi ses détracteurs, à la suite d'accidents sérieux constatés. Au premier abord, il pourrait même sembler que cette substance particulièrement active n'ait que des détracteurs ou des admirateurs absolus. En réalité il semble bien que, pour l'extrait hypophysaire comme pour d'autres médicaments, il y ait des indications rares et des contre-indications fréquentes, et que, de ces contre-indications puissent naître des indications pour d'autres ocytociques. C'est ce que Vignes a essayé de mettre au point dans un travail récent, complétant les prémisses exposées dans sa *Physiologie obstétricale.*

Voyons les conclusions auxquelles il arrive. Il faut, avant d'employer un ocytocique, s'assurer de l'*état de tonicité du muscle utérin*; schématiquement deux cas se présentent : 1° ou bien il y a *hypotonie* (travail lent, contractions espacées, utérus mou, grande facilité de palper le fœtus, indolence absolue entre les contractions, douleurs peu vives), c'est l'*inertie vraie,* apanage presque exclusif des multipares et des vagotoniques, inertie peu fréquente et qui constitue la véritable indication de l'hypophyse; l'ergot et l'adrénaline agissent d'ailleurs dans le même sens; 2° ou bien, il y a *hypertonie*, partielle ou totale (lenteur exagérée de la dilatation, pas de phase indolore entre les contractions, palpation difficile avec ou sans anneau de contracture), l'utérus est en état de contracture fruste, apanage des primipares et des sympathicotoniques; ici, l'hypophyse, qui relève le tonus utérin, peut être désastreux pour la mère (rupture utérine) et pour l'enfant. Ce qui convient en ce cas, c'est le sulfate de quinine en

suppositoire, mais son action est inconstante et ne peut être prévue; plus souvent il vaut mieux donner les anesthésiques et analgésiques, telle la morphine, tel le chloroforme. A côté de ces deux états opposés du muscle utérin, il y a des cas complexes où l'hypertonie et l'hypotonie se succèdent ou s'associent suivant des modes qui échappent à la description.

Balard, Boquel, Brault, Burger, Gaujoux et Matet, Van Cauwenberghe adoptent une attitude plus ou moins voisine des conclusions de Vignes. Jacoby préconise les petites doses de pituitrine; Greenhill les prétend dangereuses. Enfin Cathala pense que les indications de l'hypophyse sons très rares et que le forceps remplace avantageusement cet ocytocique.

Le sucre, jadis très préconisé comme ocytocique, aurait, d'après le bon observateur qu'est Pierre Rucker, une réelle action lorsqu'on l'administre sous forme de glucose en goutte à goutte rectal.

Tous les accoucheurs français, dans les sociétés d'obstétrique et de gynécologie, ont demandé que l'usage de l'hypophyse soit interdit aux sages-femmes.

Bibliographie.

Abel. Recherches physiologiques, chimiques et cliniques sur les principes actifs de l'hypophyse. (45. — T. XXXV, n° 404, oct. 1924.) — Balard. A propos de deux cas d'emploi inconsidéré d'extrait hypophysaire au cours de l'accouchement. (81. — N° 43, 26 oct. 1924.) — Bhattachargya. L'extrait hypophysaire en obstétrique. (56. — Juin 1924.) — Boero. Chloroforme et pituitrine dans certains cas de dystocie. (39. — N° 4, mai 1924.) — Boquel. Sur l'emploi des extraits hypophysaires dans la pratique obstétricale courante. (187. — N° 9, 10 mai 1924.) — Brault. Les idées actuelles sur la contraction utérine. (175. — Janv. 1924.) — Burger. Sur l'emploi de l'extrait hypophysaire en obstétrique. (88. — T. IX, n° 1, 1924.) — Carreras. Un cas d'ergotisme au cours du puerpérium. (192. — Mars 1924.) — Cathala. De la valeur des extraits hypophysaires au cours de l'accouchement. (187. — N° 9, 10 mai 1924.) — Delteil. Des ruptures utérines pendant le travail dans leurs rapports avec l'emploi des extraits hypophysaires. (238. — Paris, 1923-1924.) Finger. Nouvelle préparation d'ergot de seigle. (253. — N° 39, sept. 1924.) — Gaujoux et Matet. En réponse à l'enquête sur l'emploi des extraits hypophysaires en obstétrique. (187. — 11 juin 1924.) — Guéniot. Ma pratique de l'extrait hypophysaire en obstétrique. (187. — N° 20, 25 oct. 1924.) — Jacoby. Effets des faibles doses de pituitrine. (3. — Vol. III, cahier 1, 1924.) — Jona. Synergie apparente entre l'ergot et la strychnine. (132. — 5 avril 1924.) — Laffont. Au sujet des différents extraits hypophysaires. (210. — T. XIV, n° 3, séance d'Alger du 13 nov.

1924.) — Di Mattei. Essais biologiques des extraits hypophysaires. (200. — N° 24, 1924.) — Mayer. Action ocytocique du liquide cérébro-spinal. (115. — N° 3, 30 sept. 1924.) — Mickulicz-Radecki. Le gynergène. (253. — N° 36, 6 sept. 1924.) — Ovazza. Sur l'action ocytocique de la quinine. (196. — N^{os} 4 et 5, 1924.) — Palumbo. Comment on peut combattre l'inertie utérine. (202. — N° 7, 1924.) — Pouget. Note sur la médication hypophysaire dans la subinvolution utérine. (210. — T. XIII, n° 9, 1924.) — Pouliot. L'eutocie par l'extrait d'hypophyse. (104. — N° 7, fév. 1924.) — Reeb. A propos de l'emploi des extraits hypophysaires en obstétrique. (234. — Déc. 1924.) — Rucker. Le glucose par voie rectale à la première période du travail. (246. — Déc. 1924.) — Rucker et Haskell. Rupture utérine et mort après emploi de pituitrine. (187. — N° 3, 10 fév. 1924.) — Steinberg. L'application de la pituitrine pendant l'accouchement. (5. — Vol. VII, 1924, p. 82.). — Stratz. L'application des ocytociques et des hémostatiques. (253. — N° 1-2, 12 janv. 1924.) — Swanson. La standardisation de l'extrait hypophysaire. (112. — Fév. 1924.) — Van Cauwenberghe. L'emploi des extraits hypophysaires en obstétrique. (187. — N° 9, 10 mai 1924.) — Vignes. Les médicaments qui modifient la contraction utérine. (164. — N° 7, 23 janv. 1924.)

Chapitre IV.

LE FORCEPS

I. — Le forceps de Kielland est l'objet de nombreuses communications et travaux et les avis des auteurs sont assez divers :

Bien peu le considèrent comme un instrument idéal.

La plupart de ceux qui l'ont employé (Beuttner, Greenhill, Hirst, Heim, Barbaro, Peters, Pruska, Puppel, Stiglbauer, Wyder) reconnaissent qu'il constitue un progrès intéressant par certains avantages de technique et par les nouvelles indications qu'il offre : application biparietale facile; rotation facile; possibilité de prises sur tête élevée quand l'occiput est dans la moitié postérieure du bassin; application facile de la cuiller antérieure; enfin, pour certains, emploi possible dans un bassin légèrement rétréci; en outre, bon instrument pour les présentations de la tête défléchie. Cependant, ces mêmes auteurs ont signalé des accidents : Fink a vu cinq cas de mort fœtale par lésions du crâne, et à ce sujet, tandis que Saenger affirme n'avoir jamais eu de traumatismes du crâne par le Kielland, Pruska assure que la tête

ne peut être traumatisée si le forceps est bien placé; d'autre part Greenhill a recueilli dans la littérature beaucoup d'applications malheureuses de ce forceps (rupture utérine; lésions des parties molles; compression, prolapsus ou blessure du cordon; paralysies faciales, etc.), et lui-même a observé un cas de décollement prématuré du placenta; il insiste aussi sur ce fait que, pendant les tractions, les manches du forceps appuient sur le périnée et qu'il est très difficile d'éviter son contact avec l'anus. Heidler étudiant le mécanisme du Kielland prétend qu'il réalise une traction dans l'axe du bassin.

Henneberg, de Seigneux, Rossier, Chatillon, Kœnig estiment que le Kielland n'est pas supérieur au Tarnier ni au Naegele, dont il ne saurait prendre la place.

En somme, la tendance générale au sujet de ce nouveau forceps est la suivante : Il présente certains avantages (prise biparietale et rotation faciles, prises élevées possibles, instrument pratique pour les présentations du front), mais ne pas oublier qu'il peut être dangereux pour le crâne fœtal, l'utérus et les parties molles du bassin, malgré un diagnostic exact et une application correcte. Aussi tout le monde est d'accord pour juger son emploi difficile et le réserver aux spécialistes.

II. — M. Démelin a publié d'intéressantes leçons sur la mécanique du forceps, dans lesquelles il expose en détail le mécanisme de l'accouchement, et où il étudie les conditions nécessaires à la réalisation d'une bonne application de forceps et, en particulier, de son forceps.

Bibliographie.

Aza. Le forceps de Kielland. Son emploi par le médecin praticien. (189. — N° 15, sept. 1924.) — Barbaro. Le forceps de Kielland. (88. — T. X, n° 1, 1924.) — Bazan. Le forceps en transverse dans l'excavation. (39. — N° 5, juin 1924.) — Brindeau et Lantuéjoul. Notes sur le forceps de Kielland. (88. — N° 3. 1924.) — Brugnatelli. Technique et indications des applications de forceps dans l'excavation. (198. — Avril 1924.) — Conrad. Recherches sur le forceps de Kielland. (253. — N° 12, 22 mars 1924.) — Cotte et Belloir. Disjonction de la symphyse pubienne, avec déchirure de la vessie, au cours d'une application de forceps. (210. — T. XIII, n° 6, 1924.) — Démelin. 1° Notes de mécanique et de clinique relatives au forceps. (88. — T. X, n° 6, 1924.) — 2° Leçons sur le forceps. (165. — N°s 40, 42, 43, 44, 46, 52, 53 de 1923, et n°s 2 et 5 de 1924, réunis en une brochure aux éditions du *Progrès Médical*.) — Fink. 1° A propos du forceps de Kielland. (253. —

N° 39, 27 sept. 1924.) — 2° Les blessures du crâne avec le forceps de Kielland. (253. — N° 8, 23 fév. 1924.) — Fressel. Indications et technique du forceps. (84. — Séance du 25 janv. 1924.) — Gonzalez. Le forceps en transverse dans l'excavation. (39. — N° 3, mai 1924.) — Greenhill. 1° Le forceps de Kielland. (5. — N° 3, mars 1924.) — 2° Décollement prématuré du placenta par le forceps de Kielland. (253. — N° 23, 7 juin 1924.) — Heidler. Le forceps de Kielland est-il un instrument de traction tirant dans l'axe du bassin ? (253. — N° 33, 16 août 1924.) — Heim. Pratique du forceps de Kielland. (253. — N° 8, 23 fév. 1924.) — Henneberg. Le forceps de Kielland. (47. — N° 32, séance du 15 mai 1924.) — Hirst. Les contre-indications du forceps. (103. — T. 82, n° 4, 1924.) — Johnston. Application pratique de la pelvimétrie. (239. — Oct. 1924.) — La Torre. Le forceps. (116. — 1924.) — Massini. Nouveau forceps. (171. — 30 juillet 1924.) — Marmo. Une application de forceps périlleuse. (198. — N° 8, 1924.) — Peters. Le forceps de Kielland. (253. — N° 33, 16 août 1924.) — Pruska. Avantages et inconvénients du forceps de Kielland. (60. — 1924, p. 157.) — Puppel. Forceps de Naegele, Breus, Kielland. (139. — Vol. LXVI, cahier 4-5, 1924.) — Saenger. 1° Le forceps de Kielland. (253. — N° 28, 12 juillet 1924.) — 2° A propos du forceps de Kielland. (253. — N° 48, 29 nov. 1924.) — Sant'Anna. Le forceps de Kielland. (191. — N° 9, 1924.) — Spittel. Deux nouveaux forceps. (118. — Avril 1924.) — Stiglbauer. L'accouchement dans les présentations du front. (139. — Vol. LXVI, cahier 4-5, 1924.) — Tanzi. A propos du forceps de Kielland et de ses applications. (83. — N° 11, 1924.) — Wyder. 1° L'importance du forceps de Kielland dans la pratique obstétricale. (205. — 13 mars 1924.) — 2° Recherches sur le forceps de Kielland. (253. — N° 12, 22 mars 1924.)

Chapitre V.

LA VERSION

Houel et Jahier recommandent la fixation prophylactique du bras antérieur dans la version pour présentation du sommet; si cette fixation, disent-ils, est adoptée par tous les accoucheurs pour la version dans les présentations transversales, on n'a pas envisagé sa possibilité dans le cas de version pour présentation de l'extrémité céphalique. Ils donnent la technique à suivre.

Bibliographie.

Araya. Technique meilleure de la version. (206. — 14 août 1924.) — Delmas. 1° A propos de la version par manœuvres internes. (140. — 15 août 1924.) — 2° La

version par manœuvres internes. (88. — T. X, nos 5 et 6, nov. 1924.) — Dorsett. Versions podaliques. (154. — Fév. 1924.) — Findley. Version spontanée. (5. — N° 5, nov. 1924.) — Houel et Jahier. Fixation prophylactique du bras antérieur dans la version pour présentation céphalique. (210. — T. XIV, n° 3, 1925.) — Klein. Contribution à l'étude de la version dans les rétrécissements moyens du bassin. (105. — 22 juin 1924.) — Netter. La version pour sommet mobile à la période d'expulsion. (245. — Juin 1924.)

Chapitre VI.

DILATATION DU COL

Signalons le procédé utilisé par Moser : il fait une injection d'eucaïne de chaque côté de l'utérus, et obtient par cette anesthésie une dilatation permettant de passer des bougies de 16 à 18; méthode surtout pratique pour les curettages, mais pouvant s'employer dans n'importe quel but. Moser recommande de pousser l'aiguille à 1 centimètre environ du fond des cul-de-sac latéraux.

Bibliographie.

Kaiser. La dilatation du col d'après Hegar. (253. — N° 7, 16 fév. 1924.) — Lee. Un ballon pour la mise en train du travail. (5. — Vol. VII, n° 3, mars 1924.) — Moser. Dilatation du col par anesthésie des muscles. (253. — N° 11, 15 mars 1924.) — Opitz. Hématome de l'artère utérine consécutif à la pose d'un ballon.) (152. — Séance du 2 mars 1924.)

Chapitre VII.

PELVITOMIES

La pelvitomie qui semblait délaissée depuis plusieurs années a fait l'objet d'une discussion où de nombreux accoucheurs ont pris sa défense pour lui accorder une place importante. Palacios Costa nous apprend qu'en Argentine la césarienne pour dystocie osseuse relative

pure a vécu et qu'elle est détrônée par la symphyséotomie, opération bénigne par excellence et qui, harmonieusement et scientifiquement associée à l'accouchement spontané, doit dominer la dystocie osseuse relative. Costa a apporté un total de 37 opérations suivies d'excellents résultats. Bouffe de Saint-Blaise préconise hautement la symphyséotomie qu'il n'a jamais abandonnée : c'est, dit-il, une opération très facile et n'exposant à aucun accident sérieux; elle a des indications différentes de la césarienne puisqu'elle est encore possible quand le moment de la césarienne est passé; de plus, dans certains cas, elle seule est indiquée et aucune autre intervention ne saurait la remplacer. Le Lorier se déclare lui aussi partisan de la pelvitomie : il pratique la pubiotomie sous-cutanée qui l'a pleinement satisfait dans 18 cas et il l'emploie même dans les présentations du siège et de l'épaule. Cathala, dans les présentations du siège, passe préventivement le fil scie de Gigli, et il ne sectionne que si la tête est retenue dernière : ce qui permet de ne faire l'hébotomie que dans les cas où elle est indispensable pour obtenir un enfant vivant. Le Pr Couvelaire dit qu'il n'a pas assez employé la pelvitomie jusqu'ici, et qu'à l'avenir il lui donnera la place qui lui revient dans les cas où la disproportion entre la tête fœtale et le bassin n'a pas paru, au début, justiciable de la césarienne. Le Pr Brindeau estime que les indications des pelvitomies se restreindront de plus en plus.

Enfin, Polak et Phelan, étudiant les divers types de pelvitomie, y voient beaucoup d'inconvénients, et ils affirment qu'aux États-Unis on préfère la césarienne.

On peut retenir des différents avis exprimés sur la question que la pelvitomie, sous quelque forme qu'on l'exécute, trouve son indication dans les cas où le rétrécissement du bassin est léger, l'infection peu marquée, et la dilatation assez avancée.

Bibliographie.

Bouffe de Saint-Blaise. Indications des pelvitomies. (210. — T. XIII, 1924, n° 7.) — Bouffe de Saint-Blaise, Le Lorier, Brindeau, Couvelaire. Indications des pelvitomies. Discussion à propos de la communication de Palacios Costa. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Cathala. 1° Un point de technique dans les pelvitomies. (210. — T. XIII, n° 10, 1924.) — 2° Le passage préventif du fil scie de Gigli, avant l'extraction de la tête dernière dans les rétrécissements modérés du bassin.

(210. — T. XIII, séance de Paris du 8 déc. 1924.) — Costa. La symphysectomie. (198. — Mai 1924) et (19. — N° 8, 1924.) — Elgart. L'hébostéotomie par dédoublement frontal. (164. — 26 mars 1924.) — Fossatti. Agrandissement permanent du bassin. (19. — Déc. 1924.) — Grosse. La renaissance de la symphysectomie. (79. — 15 déc. 1924.) — O'Brien. La pubiotomie. (132. — Fév. 1924.) — Palacios Costa. Sur la symphyséotomie. (210. — T. XIII, n° 6, 1924.) — Pasman et Pietranera. Symphyséotomie répétée. (39. — N° 13, nov. 1924.) — Polak et Phelan. Opérations pour l'élargissement permanent des bassins rétrécis. (5. — Juin 1924.)

Chapitre VIII.

HYSTÉROTOMIES

La césarienne classique, bien que devenue une intervention courante, laisse cependant, dans les cas infectés, l'accoucheur dans l'alternative de pratiquer une hystérectomie s'il veut avoir un enfant vivant ou de sacrifier la vie du fœtus.

Aussi bien s'efforce-t-on de découvrir une intervention qui respecte à la fois la mère et l'enfant. Il n'est pas douteux que dans certaines circonstances la pelvitomie, dont la renaissance s'affirme, permet d'atteindre ce résultat. Mais lorsque la césarienne est trop risquée et que la pelvitomie est impossible, la question se pose de nouveau. C'est pour y remédier que de nombreux auteurs étrangers se sont adressés à la césarienne basse, césarienne sous, extra, ou transpéritonéale; Dujol l'a essayée, et, se ralliant à l'avis de Beuttner, Hauch, Gaifami, reconnaît qu'elle diminue notablement les chances d'infection de la cavité abdominale et qu'elle est indiquée dans les cas suspects et impurs; mais ce procédé opératoire présente des inconvénients : la technique est plus délicate que dans la césarienne haute, l'opération est plus longue, les hémorragies sont plus fréquentes; de plus, on n'était pas renseigné jusqu'à présent sur la valeur de la cicatrice utérine basse et beaucoup d'opérateurs redoutaient une rupture à l'occasion d'une gestation ultérieure; mais Chatillon qui a réuni de nombreuses observations à ce sujet estime que dans la grande majorité des cas la cicatrice du segment inférieur après césarienne supra-symphysaire est résistante. Quoi qu'il en soit, la césarienne

basse a bien augmenté les indications de l'hystérotomie, et nombreux sont les accoucheurs qui la pratiquent pour ainsi dire, de façon courante (Phaneuf, Hinderfeld, Hirst, Van Dolsen, Dujol, Rivière, Henri Petit) tout en la considérant cependant comme dangereuse dans les cas très infectés.

Portes a imaginé et réalisé avec succès une intervention destinée à permettre la césarienne conservatrice dans les cas infectés; redoutant l'infection péritonéale non seulement au cours de l'opération, mais plus encore s'il y a désunion de la cicatrice dans les jours suivants, dans un premier temps il extériorise l'utérus et ne l'ouvre qu'après avoir rapidement refermé la paroi abdominale par un plan aux fils de bronze; il laisse ainsi l'utérus avec ses annexes hors de l'abdomen en le surveillant : s'il y a désunion de la cicatrice, il pratique une suture secondaire, ou si les circonstances l'exigent une hystérectomie; et si l'évolution est normale, il réintègre dans un deuxième temps l'utérus dans le bassin. Depuis sa première opération, Portes en a pratiqué d'autres avec d'aussi bons résultats et il a amélioré sa technique. Berson, Cleisz, Vaudescal, Guéniot, Audebert, Brindeau, Isota et Moron l'ont essayée et s'en sont déclarés satisfaits. Portes dit lui-même que cette *césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus* est une intervention d'exception qui tire ses indications du fait qu'on n'a pas fait en temps utile la césarienne conservatrice classique, et que son territoire ne saurait s'étendre qu'au préjudice de ceux de la césarienne mutilatrice et des embryotomies. C'est aussi l'avis de Vaudescal qui pense que ses indications se confondent avec celles de l'hystérectomie qu'elle doit remplacer avantageusement. Le Pr Couvelaire estime que jusqu'à nouvel ordre il ne faudrait peut-être pas appliquer la méthode de Portes aux cas très graves d'infection pendant le travail qui resteront probablement justiciables de l'hystérectomie d'emblée pratiquée sans ouverture préalable de l'utérus.

Le Pr J.-L. Faure ayant déclaré qu'on pourrait plus simplement atteindre le même but que Portes par un large tamponnement drainage à la Mickulicz (que pratiquent Devèze, Astériadès, Guérin-Valmale et Dias), Guéniot a montré que le Mickulicz ne permet ni une suture secondaire de l'utérus, ni l'hystérectomie secondaire qui sont si faciles avec le procédé de Portes. Il reste évidemment à

savoir quelle est la valeur de l'utérus réintégré, ce qu'on n'a pas pu juger encore; cependant Portes a remarqué chez les femmes qu'il a opérées la persistance de la perméabilité des trompes.

Bibliographie.

Andérodias et Lacouture. Césarienne et hystérectomie pour fibrome praevia. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Audebert. 1° Opération de Portes. (210. — T. XIV, n° 6, 1925.) — 2° Extériorisation et réintégration secondaire de l'utérus césarisé. (187. — N° 16, 25 août 1924.) — Berson. Deux observations de césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Bouwer. Opération césarienne pour placenta praevia. (143. — Juin 1924.) — Brindeau. Un cas d'extériorisation de l'utérus chez une femme enceinte. (210. — T. XIII, n° 6, 1924.) — Bright Banister. Rupture d'une cicatrice de césarienne. (167. — Vol. XVII, n° 3, fév. 1924.) — Brossmann. Césarienne pour atrésie congénitale du vagin. (253. — N° 23, 7 juin 1924.) — Caraven. Césarienne prématurée pour décollement du placenta normalement inséré dans un utérus bifide. (88. — T. IX, n° 2, 1924.) — Cavalcanti. Un cas d'opération césarienne. (191. — N° 8, août 1924.) — Cameron. Césarienne en cas de bassin rétréci. (70. — Juillet 1924.) — Carbone. Les indications de la césarienne. (55. — N° 1, 1924.) — Carnavan. Césarienne précoce au 7e mois, à cause d'accidents causés par un placenta normalement inséré; mère et enfant vivants. (176. — N° 2, 1924.) — Chatillon. A propos de la résistance des cicatrices sur le segment inférieur. (187. — N° 19, 10 août 1924.) — Cheval. Un cas de césarienne vaginale pour sclérose du col avec oblitération consécutive de la cavité cervicale. (208. — Séance du 5 janv. 1924.) — Cleisz. Quatre observations de césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. (210. — T. XIII, n° 9, 1924.) — Cotte et Trillat. 1° Opération césarienne pour kyste de l'ovaire inclus. — 2° Opération césarienne pour cancer du col et grossesse. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Davis. 1° Gastro-élytrotomie en cas de travail prolongé. (46. — Mai 1924.) — 2° Césarienne abdominale dans les cas de travail prolongé où l'on soupçonne l'infection. (5. — Avril 1924.) — Delmas et Roume. Opération césarienne avec énucléation de l'œuf. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Devèze. Césarienne pour physométrie avec tétanisation de l'utérus au cours du travail. (210. — T. XIII, n° 9, 1924.) — Dujol. Deux observations d'opération césarienne transpéritonéale basse. (210. — T. XIII, n° 6, 1924.) — Duvillier et Béghin. Opération de Porro pour présentation de l'épaule négligée. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Farbas. La césarienne. (155. — N° 28, 1924.) — Fernandez. La césarienne abdominale classique. (39. — T. 2, août 1924.) — Fetzer. Indications de la césarienne. (152. — Séance du 2 mars 1924.) — Firket. 1° A propos de trois cas d'accouchement chez des hystérectomisées vaginales. (208. — Mars 1924.) — 2° Insertion basse du placenta, prolapsus du cordon, césarienne. (124. — N° 5, fév. 1924.) — Foster. Technique de l'opération césarienne. (236. — T. XXXVIII, n° 5, mai 1924.) — Fournier. 1° Deux cas de césarienne tardive.

(210. — T. XIII, nº 7, 1924.) — 2º Césarienne tardive, opération de Porro, embolie pulmonaire, guérison. (210. — T. XIV, nº 6, 1925.) — Fournier et Rascol. Césarienne itérative. (210. — T. XIV, nº 6, 1925.) — Garipuy. Indications de l'opération césarienne d'après la marche de l'accouchement, à propos de deux cas de bassin rétréci. (210. — T. XIII, nº 7, 1924.) — Geller. Glandes de la muqueuse utérine dans les cicatrices de césarienne. (254. — Vol. LXXXVIII, cahier 1, 1924.) — Gouilloud. Césarienne dans un cas de gestation après myomectomie (210. — T. XIII, nº 2, 1924.) — Guéniot. 1º Extériorisation temporaire de l'utérus césarisé. (210. — T. XIII, nº 9, 1924.) — 2º Le tamponnement drainage à la Mickulicz peut-il être préféré à l'extériorisation temporaire de l'utérus dans les césariennes sur utérus infectés ou très suspects? (210. — T. XIII, nº 10, 1924.) — Greenhill. Le syndrome de dystocie par dystrophie comme indication de la césarienne. (237. — Juin 1924.) — Guérin-Valmale et Dias. Césarienne mutilatrice tardive après deux applications de forceps. (210. — T. XIV, nº 1, 1925.) — Guérin-Valmale et Caudière. Examen histologique d'une cicatrice utérine après opération césarienne. (210. — T. XIII, nº 9, 1924.) — Gutzeit. Césarienne dans un cas d'atrésie cicatricielle de l'orifice externe du col. (253. — Nº 33, 16 août 1924.) — Haggstrom. L'opération césarienne. (243 — Vol. 29, avril 1924.) — Hendry. Les cicatrices de césariennes faites sur les différents segments de l'utérus. (167. — Vol. XVII, nº 8, oct. 1924.) — Henry et Bonyala. Utérus prélevé par césarienne mutilatrice ; placenta en voie de décollement. (64. — Séance de mai 1924.) — Heidler. Rupture utérine après deux césariennes chez la même femme. (87. — Séance du 8 janv. 1924.) — Henri Petit. Opération césarienne retardée. Guérison. (210. — T. XIII, nº 5, 1924.) — Hinderfeld. Le dégagement de la tête fœtale dans la section cervicale supra symphysaire. (253. — Nº 44, 1er nov. 1924.) — Hirst et Van Dolsen. Césarienne par voie cervicale. (103. — T. 82, nº 2, 1924.) — Jackson. La grande chirurgie obstétricale. (96. — Août 1924.) — Isota et Moron. La césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. (206. — 13 nov. 1924.) — Jean Petit. Un cas de mort tardive après l'opération cesarienne. (210. — T. XIV, 1925, nº 1.) — Klingenfuss. Plaie extra-péritonéale de l'utérus, en cas de césarienne transpéritonéale. (205. — Nº 43, 23 oct. 1924.) — Kovatchevitch. Étude des résultats éloignés de l'hystérectomie fundique. (238. — Paris, 1923-1924.) — Lantuéjoul. Opération césarienne dans un cas de présentation de l'épaule. (210. — T. XIII, nº 3, 1924.) — Mac Intyre. Cicatrice utérine de césarienne. (42. — 21 juin 1924.) — Mac Nalley. Opération césarienne dans 15 cas. (59. — Vol. 14, fév. 1924.) — Mann. 25 ans de césarienne. (253. — Nº 30, 26 juillet 1924.) — Mariantschik. Un cas de césarienne pour sténose cicatricielle du vagin. (253. — Nº 4, 26 janv. 1924.) — Micholitsch. Grossesse et accouchement dans un utérus hypoplasique ; césarienne abdominale. (253. — Nº 36, 6 sept. 1924.) — Munro Kerr. Les cicatrices utérines après la césarienne. (42. — 21 juin 1924.) — Murray. L'opération césarienne. (42. — 12 juillet 1924.) — Newell. Opération césarienne. (137. — Août 1924.) — O'Shea. Opération césarienne. (148. — Mars 1924.) — Paquet. Opération césarienne pour excès de volume du fœtus. (210. — T. XIII, nº 8, 1924.) — Paucot. Césarienne pour barrure

du bassin. (210. — T. XIV, n° 1, 1925.) — Peralta Ramos. L'anesthésie locale en cas de césarienne abdominale. (189. — N° 107, déc. 1924.) — Phaneuf. 1° Césarienne supra-symphysaire. (44. — 22 mai 1924.) — 2° Césarienne cervicale transpéritonéale. (46. — 13 mai 1924.) — De Porenta. Une série de 112 césariennes intra-péritonéales sans mortalité. (19. — Déc. 1924.) — Picard. Césarienne avec hystérectomie pour dystocie par bassin rétréci ; œuf très infecté ; guérison. (210. — T. XIV, 1925, n° 1.) — Portes. 1° La césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. (88. — T. X, 1924, p. 225.) — 2° Césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus et de réintégration secondaire dans le bassin. (210. — T. XIII, n° 3, 1924.) — De Ramon Correo. Quatre cas de césarienne abdominale. (38. — N° 19, 1924.) — Reeb. Opération césarienne suivie d'hystérectomie dans un cas d'utérus double. (210. — T. XIII, n° 6, 1924.) — Rivière, Favreau et Despons. Opérations césariennes et phlébite. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Rodriguez Lima. Hystérectomie pour apoplexie utéro-placentaire. (191. N° 12, déc. 1924.) — Rouvier. Césarienne conservatrice pour placenta praevia centro-partiel. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Scibelli. Césarienne post mortem chez une éclamptique. (26. — N° 2, 1924.) — Stone. Césarienne pour contracture. (5. — N° 5, nov. 1924.) — Swift. Indications de la césarienne suivie de stérilisation. (103. — T. 83, n° 3, juillet 1924.) — Tasso Astériadès. Césarienne tardive ; drainage à la Mickulicz. (88. — T. IX, n° 6, 1924.) — Vaudescal. Césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. (210. — T. XIII, n° 10, 1924.)

Chapitre IX.

ACCOUCHEMENT ET AVORTEMENT PROVOQUÉS

Bué et Béghin. Avortement provoqué pour vomissements graves et ictère. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Druskin. Déclanchement du travail ; indications et méthodes. (103. — Vol. 82, n° 5, 2 fév. 1924.) — Eckstein. Interruption précoce de la gestation et opinion de Kehrer. (253. — N° 7 a, 16 fév. 1924.) — Godman. L'avortement thérapeutique : indications et technique. (153. — Août 1924.) — Hirshfield. Technique de l'avortement. (154. — Vol. 17, avril 1924.) — Holzapfel. Indications de l'interruption de la gestation. (150. — 24 mai 1924.) — Larguia Davila. Technique de l'accouchement provoqué. (39. — T. III, 15 oct. 1924.) — Laurentie. Avortement provoqué dans les cas de tuberculose pulmonaire. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Oliva. Contre l'avortement thérapeutique répété. (198. — N° 9, 1924.) — Rosenstein. Interruption de la gestation par la stérilisation à travers la paroi abdominale. (139. — Vol. LXV, cahier 6, mars 1924.) — Roulland, Hélouin, Ziégler. Acétonémie grave chez une femme enceinte de 4 mois ; interruption de la grossesse, guérison. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) —

Schickelé. Ligne de conduite pour l'avortement thérapeutique. (234. — 5 janv. 1924.) — Stœckel. Avortement artificiel. (189. — An IX, n° 100, avril 1924.) — Weissemberg. L'avortement artificiel. (253. — N° 33, 16 août 1924.)

Chapitre X.

LA TRANSFUSION SANGUINE EN OBSTÉTRIQUE

Grossmann a essayé l'auto-transfusion expérimentée par Thies il y a 10 ans, pour la première fois. C'est dans les hémorragies de gestation ectopique qu'elle est le plus indiquée. La technique est simple : on recueille le sang épanché dans la cavité abdominale, on y ajoute du citrate de soude et du sérum physiologique et on l'injecte dans les veines du bras. Grossmann a eu des succès par cette méthode, mais il a eu aussi un cas de mort : en effet le danger, c'est que le sang épanché dans l'abdomen peut être déjà vieux, et l'on sait que même en restant dans le péritoine ce sang peut produire une intoxication ; à plus forte raison s'il est injecté dans les veines. La difficulté réside donc en ce que l'opérateur ne peut savoir si le sang est encore frais ou s'il est déjà devenu inutilisable pour la réinfusion.

Bibliographie.

Grossmann. Auto-transfusion sanguine avec issue mortelle. (253. — N° 38, 20 sept. 1924.) — Roseno. Une nouvelle méthode de transfusion sanguine. (253. — N° 6, 9 fév. 1924.)

NEUVIÈME PARTIE

SUITES DE COUCHES

Chapitre I.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Okinczyc a précisé dans quelles conditions la gestation peut intervenir dans la genèse des ptoses. Il distingue la *ptose-image* décelable seulement à la radiographie, qui n'occasionne pas de troubles fonctionnels et est temporaire ; et la *ptose-maladie* accompagnée de troubles et de symptômes cliniques, et qui est définitive. La première se voit chez presque toutes les nouvelles accouchées et guérit spontanément. La seconde se voit en dehors de toute gestation et a pour cause la *stase intestinale* (stase est synonyme de ptose) agissant par la pesanteur, et *l'infection* ; or la stase est elle-même liée à l'infection, ce qui permet de dire que l'entéroptose est fonction à l'origine d'une infection chronique qui est le plus souvent l'appendicite chronique. La puerpéralité n'intervient que dans la mesure où elle favorise, aggrave, ou fait naître une infection localisée sur l'intestin : la stase et la ptose en sont les conséquences ; mais il ne s'agit plus dès lors d'une gestation normale, mais d'une gestation compliquée, pathologique. Donc rien n'autorise à accuser la grossesse normale, même répétée, de provoquer ou de créer l'entéroptose-maladie. Une thérapeutique rationnelle découle de ces données pathogéniques : enlever l'appendice et faire des opérations complémentaires (cæco-colopexies, typhlosigmoïdostomies, etc.).

Bibliographie.

Balard. Les réactions à la tuberculine dans le post-partum. (187. — N° 10, 10 mai 1924.) — Burnley-Lankford. Le plancher pelvien et l'utérus dans les six semaines

qui suivent le post-partum. (5. — Vol. VII, nº 3, mars 1924.) — Labhardt. Température et pouls après l'accouchement. (205. — Nº 54, 11 déc. 1924.) — Okinczyc. Les ptoses intestinales dans leurs rapports avec la puerpéralité. (88. — Vol. X, nº 1, juillet 1924.) — Noyes. L'utérus pendant le puerpérium. (199. — Oct. 1924.) — Phillips. L'examen du pelvis au cours du puerpérium. (42. — 27 sept. 1924.) — Rivière et Laffon del Valle. L'hémoclasie digestive au cours de la puerpéralité ; valeur, signification. (187. — Nº 1, 10 janv. 1924.) — Watson. Rétention d'urine après l'accouchement. (42. — 27 sept. 1924.)

Chapitre II.

SÉCRÉTION LACTÉE

L'opothérapie placentaire a été essayée par divers auteurs dans les cas d'hypogalactie ; elle ne semble pas avoir donné les résultats qu'on en attendait. Stimson assure que les extraits placentaires n'ont pas d'action galactagogue ; quant à Philipp, il a bien observé une sécrétion de colostrum, mais pas de sécrétion lactée. D'autre part les recherches de Nitzescu et Nicolau au sujet de l'action de l'insuline sur la sécrétion du lait ne sont pas concluantes.

Au point de vue de l'allaitement, Schreiner a combattu vivement l'habitude qu'ont certains auteurs (Jaschke, Pfaundler, Reifferscheid, Schröder, Perthes) d'autoriser la femme qui présente une infection mammaire à continuer d'allaiter son enfant ; bien au contraire, dit-il, l'abstention du sein pour le nourrisson a pour résultat, lorsqu'elle est pratiquée dès le début, d'arrêter l'infection mammaire dans 90 pour 100 des cas.

Bibliographie.

Canelli. Menstruation et allaitement. (149. — Mars 1924.) — Cyro Vieira da Cunha. L'alcool et la sécrétion lactée. (77. — 16 déc. 1924.) — Desenibus. Observations cliniques sur l'opothérapie placentaire dans l'hypogalactie. (196. — Nº 8, 1924.) — Harper. Prolongation de la sécrétion lactée. (132. — 5 avril 1924.) — Maranon. Sécrétion lactée persistante. (192. — Janv. 1924.) — Nitzescu et Nicolau. L'action de l'insuline sur la sécrétion du lait. (219. — Séance du 22 nov. 1924.) — Philipp. Contribution à l'étude de l'action du placenta sur la glande mammaire. (253. — Nº 46, 15 nov. 1924.) — Schreiner. Les femmes ayant des abcès

du sein doivent-elles nourrir leur enfant ? (253. — N° 19, 10 mai 1924.) — Sohlberg. La pentosurie de la femme qui allaite. (144. — 4 oct. 1924.) — Stimson. L'extrait placentaire n'est pas galactagogue. (34. — N° 28, nov. 1924.) — Volkmann. Agalactie héréditaire chez une femme à seins bien développés. (253. — N° 22, 31 mai 1924.)

Chapitre III.

INFECTION PUERPÉRALE

Etiologie. — Plusieurs auteurs insistent sur l'origine exogène de l'infection puerpérale, par divers mécanismes, et ils en tirent des conclusions au point de vue de l'hygiène de la femme à la fin de la gestation, et de l'asepsie pendant l'accouchement : Buben et surtout Heusler Edenhuizen interdisent à la gestante près du terme, tout contact avec ses organes génitaux, et lui défendent le coït après le cinquième mois ; grâce à ces précautions, ils ont diminué le nombre des cas d'infection puerpérale dans leur statistique. D'autre part Kanter et Pilot affirment ne pas avoir trouvé de streptocoque hémolytique dans le vagin ; avec Théodor, ils contre-indiquent le toucher rectal pendant le travail, cause fréquente d'importation de microbes.

Traitement. — On fonde de grands espoirs sur une méthode nouvelle pour le traitement de l'infection puerpérale : il s'agit de pansements locaux intra-utérins effectués avec des solutions vaccinales ; c'est en somme le procédé de Besredka appliqué à l'infection streptococcique. Le Pr Couvelaire, MM. Lévy-Solal et Simard ont employé un filtrat de cultures de streptocoques en bouillon qui, grâce à un tamponnement avec une mèche de gaze, est porté au contact du germe là même où il se trouve ; ils ont obtenu des résultats encourageants : les lochies perdent rapidement leur fétidité et les phénomènes généraux s'amendent. Potocki conseille d'utiliser un auto-vaccin, ou un stock-filtrat choisi après identification de l'agent pathogène en cause, en introduisant le liquide directement dans l'utérus sans l'intermédiaire d'une mèche ; lui aussi se montre satisfait de cette thérapeutique. Voron, Michon et Sédaillan introduisent au contact de la muqueuse utérine infectée un auto ou un stock-vaccin.

Bonnecaze vante les mérites du curettage, mais s'appuie sur des arguments dont la valeur est très discutable. Pour l'hystérectomie, la mortalité considérable qu'elle laisse la fait condamner de plus en plus (Auvray, de Rouville, Voron, Bouvier, Charleux) ; dans certains cas particuliers de rétention placentaire, le danger d'infection puerpérale peut imposer l'hystérectomie : témoin le cas rapporté par Vignes dans lequel il y avait des adhérences anormales du placenta (très vraisemblablement dues à un curettage antérieur) et où il était impossible de faire une délivrance artificielle complète sans arracher une partie de la paroi utérine ; on décida d'attendre et de n'intervenir que si la fièvre apparaissait ; le 4e jour, la température étant montée à 40° et le pouls à 150, on pratiqua l'hystérectomie, ce qui permit la guérison.

Delmas préconise au début de l'infection les procédés mécaniques auxquels il associe le tamponnement utérin avec une mèche imbibée de sérum polyvalent de Leclainche ; puis dès que la nature des germes présents est identifiée, application locale intra-utérine d'auto ou de stock-vaccin.

Edwards, qui a rencontré le même agent infectieux dans le col utérin et dans le canal thoracique, a obtenu un cas de guérison par le drainage du canal thoracique, et il estime que la lymphaticostomie, en liaison avec les autres méthodes, constitue un bon traitement de la septicémie puerpérale.

Bouffe de Saint-Blaise a employé l'arsénobenzol en tant qu'antiseptique de la streptohémie ; Westphal a eu d'heureux résultats par le traitement au sublimé-Salvarsan dans des cas d'infection puerpérale post abortum.

Dans les utérus avec infection gazeuse, Schulze et Lingemann signalent la grande fréquence du bacille de Fraenkel seul ou associé ; Kustner remarque que dans ces utérus la virulence du streptocoque se trouve accrue ; le traitement opératoire, même précoce, semble voué à des échecs presque constants : aussi Heim n'a-t-il confiance que dans l'injection préventive de sérum antigangréneux.

Pronostic. — Les cas légers et les cas graves d'infection puerpérale ont souvent le même aspect clinique, et l'évolution est difficile à prévoir. Cependant si l'examen hématologique révèle une lymphopénie légère, on peut faire un pronostic favorable ; et inversement

l'anéosinophilie associée à une neutrophilie élevée sont d'un mauvais augure (Sommer).

Bibliographie.

Auvray. 1° Statistique des cas graves d'infection puerpérale traités par l'hystérectomie dans notre service de Laennec depuis 1920. (1. — Séance du 15 avril 1924.) — 2° L'infection puerpérale et son traitement chirurgical. (80. — 30 sept. 1924.) — Bailey. La sérothérapie de la septicémie puerpérale. (5. — N° 6, juin 1924.) — Bock. Traitement de la fièvre puerpérale par le rivanol. (68. — N° 11, 14 mars 1924.) — Boez et Keller. Septicémie puerpérale à micrococcus fœtidus ; diagnostic par la méthode d'hémoculture anaérobie en milieu solide. (48. — 19 déc. 1924.) — Bouffe de Saint-Blaise et Joanny. Traitement des accidents septiques puerpéraux non localisés. (119. — Fév. 1924.) — Bonnecaze. Le curettage dans l'infection puerpérale post-partum. (164. — 17 mai 1924.) — Buben. Influence du coït sur la rupture prématurée des membranes et sur l'infection puerpérale. (253. — N° 24, 14 juin 1924.) — Brault. Prophylaxie de l'infection puerpérale par la vaccination antistreptococcique. (175. — N° 3, mars 1924.) — Bucura. Oblitération des vaisseaux mésentériques dans l'infection puerpérale, et contribution à l'étiologie de la thrombose commune. (22. — Vol. CXIX, cahier 2, 1924.) — Cadenat. Sur l'infection puerpérale. (49. — 22 oct. 1924.) — Calzolari. Sur l'usage de l'éther et des mélanges éthérés dans la prophylaxie et le traitement des infections péritonéales et utérines. (197. — Vol. II, 1924, p. 507.) — Campbell Canney. Quelques suggestions sur le traitement de la septicémie puerpérale. (42. — 30 août 1924.) — Castagna. Traitement de l'infection puerpérale par l'éthéro-protéinothérapie. (198. — Mars 1924.) — Chirié. Traitement de l'infection puerpérale par les bacilles lactiques. (93. — N° 12, déc. 1924.) — Corby. Le repos prolongé en position horizontale, cause fréquente de septicémie puerpérale. (42. — 27 sept. 1924.) — Couvelaire, Lévy Solal et Simard. 1° Traitement de l'infection puerpérale par un filtrat de culture de streptocoques en bouillon. (209. — 1924, t. I, p. 483.) — 2° Antisepsie utérine par un filtrat de culture de streptocoques en bouillon dans l'infection puerpérale. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Delmas. 1° Le traitement local dans l'infection puerpérale. (210. — T. XIII, n° 9, 1924.) — 2° Thérapeutique intra-utérine dans l'infection post-partum. (140. — 15 déc. 1924.) — Dossena. La protéinothérapie intra-veineuse en cas de septicémie puerpérale. (19. — Mai 1924.) — Dupaya. Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale par le sérum polyvalent de Leclainche et Vallée, suivant la méthode de Fochier. (238. — Bordeaux, 1923-1924.) — Edwards. Lymphaticostomie dans l'infection puerpérale. (236. — Fév. 1924.) — Eichel. Rapport préliminaire d'une étude statistique sur l'infection puerpérale. (5. — Vol. VIII, n° 6, juin 1924.) — Faugère. Sur quelques cas d'infection puerpérale traités par le sérum polyvalent et la méthode de Fochier. (210. — T. XIII, n° 3, mars 1924.) — J.-L. Faure. Traitement de l'infection puerpérale. (49. — Séance du 11 juin 1924.) — Figueira de Mello. L'infection puerpérale et son traitement local. (41. — 19 mai 1924.) — Gonnet et

Morel. Infection puerpérale de la mère ; septicopyohémie à streptocoques, à localisations multiples chez l'enfant au 10e jour. (210. — T. XIV, n° 1, 1925.) — Guérin-Valmale. A propos de l'infection puerpérale. (235. — 15 avril 1924.) — Harmon. La mortalité par septicémie puerpérale. (6. — Vol. XIV, mars 1924.) — Heidler. Importance de l'infection latente en obstétrique, et remarques sur la transformation déciduale des polypes du col. (22. — Vol. CXXI, 1924.) — Heim. Étude clinique et traitement de la gangrène gazeuse de l'utérus. (253. — N° 4, 26 janv 1924.) — Heusler-Edenhuizen. Une étiologie de l'infection puerpérale qu'on ne prend pas assez en considération. (253. — N° 45, 8 nov. 1924.) — Hornung. Histologie des infections puerpérales. (86. — 7 juillet 1924.) — Kanter et Pilot. Le streptocoque hémolytique et ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. (236. — Janv. 1924.) — Kohler. Thérapeutique des suites de couches avec fièvre. (253. — N° 42, 18 oct. 1924.) — Kustner. La virulence des streptocoques est-elle accrue dans les tissus putréfiés. (253. — N° 5, 2 fév. 1924.) — Lapeyre et Besson. Thérapeutique de l'infection puerpérale post-partum. (78. — Janv. 1924.) — Lasseigne. Contribution à l'étude de la vaccinothérapie intra-utérine dans l'infection puerpérale. (238. — Montpellier, 1923-1924.) — Leca. Contribution à l'étude du traitement des infections puerpérales par la sérothérapie intra-veineuse. (238. — Montpellier, 1923-1924.) — Lehmann. Détermination de la virulence des microbes pathogènes dans la fièvre puerpérale. (150. — Séance du 24 mai 1924.) — Lévi. La prophylaxie de l'infection puerpérale. (196. — N° 2, 1924.) — Lingemann. Au sujet de la production de gaz dans l'utérus puerpéral. (253. — N° 9, 1er mars 1924.) — Macias de Torres. Traitement de l'infection puerpérale. (189. — Fév. 1924.) — Mansfield. Diminution de la mortalité dans l'infection puerpérale accompagnée de lésions des parties molles. (139. — Fév. 1924.) — Marchbanks. Septicémie puerpérale. (113. — Juin 1924.) — Masieri. A propos de la prophylaxie de la fièvre puerpérale dans les cas de rupture prématurée et précoce des membranes. (116. — N° 3, 1924.) — Mayer. Infection puerpérale métastatique consécutive à la grippe. (22. — Vol. CXXII, 1er juillet 1924.) — Mesher. — Morbidité et mortalité maternelles aux États-Unis. (5. — Vol. VII, 1924.) — Miller. Traitement de l'infection puerpérale. (239. — Vol. XX, juillet 1924.) — Mirone. Infection puerpérale par le bacille de Lœffler. (198. — Janv. 1924.) — Montestruc. La thrombo-phlébite utéro-pelvienne dans l'infection puerpérale. (238. — Bordeaux, 1924.) — Potocki et Fisch. 1° Application locale d'un auto-vaccin dans l'infection puerpérale. (210. — T. XIII, n° 5, 1924.) — 2° Remarques sur le mode d'emploi des filtrats microbiens en application locale. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Proust. Ligature de la veine iliaque primitive pour infection puerpérale. (49. — Séance du 5 mars 1924.) — Reddick. Infection puerpérale. (114. — Juin 1924.) — Richter. Gangrène de l'utérus. (253. — N° 7 a, 16 fév. 1924.) — Robiolis. La prophylaxie de l'infection puerpérale par les injections de sérum antistreptococcique. (235. — 15 avril 1924.) — Roulland. Sérothérapie et vaccinothérapie dans le traitement des infections puerpérales. (119. — Oct. 1924.) — Rousheim. 6 cas d'infection puerpérale. (5. — Vol. VIII, n° 3, sept. 1924.) — De Rouville. Mes indications actuelles de l'hystérectomie vaginale. (88. — T. IX, n° 5, 1924.) — Rubeska. Thérapeutique

de la fièvre puerpérale. (60. — 1924, p. 4.) — Scholten. Traitement de l'infection puerpérale par une solution cupro-argentique. (139. — Vol. LXVII, cahier 5, 1924.) — Schulze. Contribution à l'étude de l'infection par le bacille de Fraenkel. (253. — N° 4, 26 janv. 1924.) — Sommer. Les septicémies, leur pronostic, et la critique du traitement médicamenteux par l'hémogramme. (253. — N° 21, 24 mai 1924.) — Taylor Thomas. Septicémie puerpérale. (132. — 5 juillet 1924.) — Theodor. Le toucher rectal pendant l'accouchement, au point de vue bactériologique. (253. — N° 15, 12 avril 1924.) — Tourneux. De l'hystérectomie vaginale dans les péritonites post-abortives graves. (65. — N° 1, janv. 1924.) — Tremiterra. L'auto-vaccinothérapie dans l'infection puerpérale. (193. — 26 mai 1924.) — Mme Vacher. Endocardite puerpérale. (238. — Paris, juillet 1924.) — Van der Veer. Infection septique après l'accouchement ; analyse de la mortalité maternelle. (5. — Vol. VII, 1924.) — Vignes. Hystérectomie, rétention placentaire. (210. — T. XIII, séance de Paris, du 10 mars 1924.) — Voron, Bouvier et Charleux. Infection puerpérale et hystérectomie. Mort. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Voron, Michon et Sédaillan. Traitement de l'infection puerpérale. (128. — T. XX, n° 2, 1924.) — Voron, Favre et Grivet. Les fièvres syphilitiques du post-partum ; fièvres puerpérales et arsénobenzol. (101. — Mars 1924.) — Westphal. La thérapeutique par le sublimé et le salvarsan dans l'infection puerpérale. (253. — N° 43, 25 oct. 1924.) — Whitehouse. Traitement des septicémies puerpérales. (118. — 31 mai 1924.) — Wolfe. Septicémie streptococcique du post-partum, d'origine extra-pelvienne. (5. — Vol. VII, 1924, p. 97.)

Chapitre IV.

INFECTIONS MAMMAIRES

Bibliographie.

Forget-Urion. 1° Mammite ourlienne chez une nourrice. (210. — T. XIV, 1925, n° 1.) — 2° Infection staphylococcique du sein sans manifestations cliniques. (210. — T. XIV, n° 1, 1925.) — Gaucherand et Banssillon. Abcès amicrobien du sein pendant la gestation. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Katz. Nécrose symétrique des deux seins dans les suites de couches. (253. — N° 5, 2 fév. 1924.) — Vignes. Nécrose totale de la glande mammaire consécutive à une injection rétro-mammaire de sérum artificiel. (53. — Séance du 22 nov. 1924.)

Chapitre V.

INVERSION UTÉRINE PUERPÉRALE

Courty estime que l'opération de Kustner-Duret n'est pas applicable à l'inversion utérine puerpérale récente. Il est préférable d'attendre, si la réduction manuelle de l'inversion est impossible ; quant à l'hystérectomie vaginale, il faut la réserver aux cas où la vie de la femme est menacée par hémorragie ou par infection.

Bibliographie.

Courty. Au sujet d'un cas d'inversion utérine aiguë d'origine puerpérale. (210. — T. XIV, n° 2, 1925, séance de Lille, du 24 déc. 1924.) — Faugère. Sur un cas d'inversion utérine. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Fox. Inversion utérine aiguë d'origine puerpérale. (42. — 31 mai 1924.) — De Gaudino. Sur un cas d'inversion utérine. (39. — T. III, 28 juillet 1924.) — Gaujoux, Boissier et Ferrand. Deux cas d'inversion utérine post-partum. (187. — N° 2, janvier 1924.) — Rœgholt. Inversion utérine puerpérale. (143. — N° 12, 1924.) — Smythe. Inversion utérine puerpérale. (118. — 18 oct. 1924.) — Wojnicz. Trois cas d'inversion utérine post-partum guéris par la méthode conservatrice. (162. — N° 18, 1924.)

Chapitre VI.

AFFECTIONS DIVERSES PENDANT LES SUITES DE COUCHES

I. — LA GANGRÈNE PUERPÉRALE DES MEMBRES

Deux travaux complets ont été fournis sur cette question par Bua, par Aymerich qui ont fait des recherches sur la pathogénie de cette affection et sur son traitement. Aymerich croit que la gangrène d'origine veineuse est plus fréquente qu'on ne le pense habituellement, ce

qui est d'autant plus important que c'est la plus grave ; au point de vue thérapeutique, si l'on n'a pas pu pratiquer l'embolectomie dans les douze heures qui suivent l'oblitération vasculaire, il conseille d'amputer très haut sans attendre la formation du sillon de démarcation. Bua au contraire estime qu'il ne faut jamais faire l'amputation lorsqu'il n'y a pas de conditions spéciales qui indiquent l'intervention d'urgence, avant que se soit montrée une ligne nette de séparation entre les tissus sains et les tissus nécrosés.

Bibliographie.

Aymerich. La gangrène puerpérale des extrémités. (197. — Vol. II, fasc. III, mars 1924.) — Bua. Contribution à l'étude des gangrènes dans les suites de couches. (197. — Vol. II, fasc. III, mars 1924.)

II. — PHLÉBITE ET THROMBOSE DANS LES SUITES DE COUCHES

Andérodias et Gandy. Un cas de phlegmatia alba dolens des suites de couches, précoce et récidivante. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Gaucherand et Banssillon. Phlébite du membre supérieur droit au cours d'une streptococcohémie post-abortum. (210. — T. XIII, n° 2, 1924.) — Gough. Les embolies en obstétrique. (236. — Vol. XXXIX, n° 1, juillet 1924.) — Hamant et Vermelin. Thrombose d'une veine variqueuse dans les suites de couches. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Linzenmeier. Un cas de thrombose de la veine porte dans les suites de couches. (139. — Vol. LXVII, cahier 1-2, 1924.) — Péry, Mangé et Boursier. Thrombo-phlébite utéro-pelvienne probablement suppurée, terminée par guérison spontanée. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Rivière, Favreau et Despons. Opération césarienne et phlébite. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Schaanning. Thrombose puerpérale. (151. — Juillet 1924.) — Vacher. De l'endocardite puerpérale. (238. — Paris, 1923-1924.)

III. — AFFECTIONS NERVEUSES DANS LES SUITES DE COUCHES

Il faut retenir l'étude des hémiplégies faite par Fruhinsholz et Français, d'où il ressort qu'à côté des cas classiques d'hémiplégies qui sont strictement puerpérales et de celles qui ne le sont aucune-

ment, il y a place pour une individualité clinique figurant l'*hémiplégie des accouchées.*

Bibliographie.

Bermann. Psychose puerpérale tardive. (39. — N° 9, août 1924.) — Bourne. Étiologie et pronostic de la démence puerpérale. (98. — Vol. 31, n° 2, 1924.) — Bourret. Les troubles psychiques au cours de la puerpéralité. (80. — N^{os} 26 et 29, août 1924.) — Burger. État épileptique au cours de l'accouchement et des suites de couches. (253. — N° 7, 16 fév. 1924.) — Français. Hémiplégies et aphasies du post-partum. Essai pathogénique. (238. — Nancy, juillet 1924.) — Fruhinsholz et Français. L'hémiplégie des accouchées. (210. — T. XIII, n° 8, 1924.) — Herold. Paralysie récurrente transitoire post-partum. (253. — N° 11, 1924.) — Marinesco. Un cas de paralysie de Landry post-partum. (1. — Séance du 15 juillet 1924.) — Wilson. Convulsions du post-partum par troubles circulatoires. (169. — N° 112, avril 1924.)

IV. — AFFECTIONS DIVERSES

Alcorta. Les fausses fièvres puerpérales. (189. — N° 103, juillet 1924.) — Baillat et Galy-Gasparron. Pseudo-péritonites ascaridiosiques post-opératoires et post-partum. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Baker. Pancréatite aiguë post-partum. (85. — Déc. 1924.) — Carreras. Un cas d'ergotisme dans le puerpérium. (192. — N° 3, mars 1924.) — Chochlow. Pathologie du phlegmon pelvien. (253. — N° 37, 13 sept. 1924.) — Delmas et Roume. Néphrite aiguë dans les suites de couches. (210. — T. XIII, n° 1, 1924.) — Franke. Statistique de suites de couches portant sur 22 années. (22. — Vol. CXXI, cahier 1, 1924.) — Godlewski. Infection colibacillaire et bactériurie post-partum. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Goldmark et Jacobs. Purpura hémorragique au cours du post-partum. (5. — Vol. VIII, n° 2, août 1924.) — Gonzalez. Infection génitale post-partum. (189. — N° 101, mai 1924.) — Heidler. Traitement des complications des suites de couches. (250. — N° 33, 14 août 1924.) — Madon et Guibal. Iléus paralytique post-partum. (50. — 13 juin 1924.) — Philipp. Infection par les spirochètes dans les suites de couches. (253. — N° 26, 28 juin 1924.) — Prost. Tétanos puerpéral. (84. — Séance du 29 fév. 1924.) — Scaglione. Tétanos puerpéral. (197. — Vol. II, fasc. III, avril 1924.) — Schwarzkopf. Rupture d'un abcès ovarien après l'accouchement. (253. — N° 24, 14 juin 1924.) — Williams. Pemphigus chez la mère et l'enfant accompagnant une infection utérine. (167. — N° 5, juillet 1924.) — Zempléni. Ischurie paradoxale dans les suites de couches. (253. — N° 13, 29 mars 1924.) — Zoli. Un cas d'arthrite suppurée de la symphyse pubienne dans les suites de couches. (163. — 7 juillet 1924.)

DIXIÈME PARTIE

SUITES DE NAISSANCE

Chapitre I.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

I. — PHYSIOLOGIE DU SANG CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Burhans et Gerstenberger. Pouvoir du sérum du nouveau-né et de la mère contre le pneumocoque. (8. — Oct. 1924.) — Duzar et Rusznyak. Les protéines du 'plasma chez le nourrisson. (8. — Oct. 1924.) — Gallo. Recherches sur la teneur en fer du sang des nouveau-nés. (158. — N° 10, 1924.) — Haden et Neff. Les corpuscules sanguins chez le nouveau-né. (8. — Oct. 1924.) — Hornung. Résistance des globules rouges et teneur du sang des nouveau-nés en cholestérine. (247. — 21-27 sept. 1924.) — Lippmann. Étude morphologique et quantitative du sang du nouveau-né. (8. — N° 27, mai 1924.) — Macciotta. Réaction du sang des enfants en rapport avec leur état et avec leur alimentation. (116. — Juillet 1924.) — Misasi. L'éosinophilie du nourrisson. (158. — 15 oct. 1924.) — Muggia. La glycémie du nourrisson. (194. — Janv. 1924.) — Rapisardi et Pollitzer Isohémolyse chez la mère et chez l'enfant. (158. — 1er août 1924.) — Ronchi et Sabatini. La leucopénie digestive du nourrisson. (163. — Fév. 1924.) — Rucker et Connell. La pression sanguine chez le nouveau-né. (8. — N° 27, janv. 1924.) — Yllpo. Acidose chez le nouveau-né. (4. — Vol. III, fév. 1924.)

II. — ÉTUDES PHYSIOLOGIQUES DIVERSES

Banu, Negresco et Heresco. Le chimisme gastrique des nouveau-nés allaités au sein et de ceux nourris artificiellement. (209. — 9 mai 1924.) — Conte. Morphologie, position et mobilité de l'estomac chez le nourrisson. (158. — 15 août 1924.) —

Cordier. L'immunité du nourrisson vis-à-vis des fièvres éruptives. (238. — Paris, 1924.) — Flood. L'absorption du sucre chez le nouveau-né. (103. — Vol. 82, n° 20, 1924.) — Frontali. L'absorption de l'huile d'olives chez le nourrisson. (194. — Vol. 22, mars 1924.) — Goldschmidt, Schulhoff et Adler. La présence d'urobiline dans les selles et l'urine des nouveau-nés. (253. — N° 28, 12 juillet 1924.) — Hamilton. Le métabolisme du calcium chez le nourrisson. (40. — 21 août 1924.) — Magni. Les réflexes chez le nourrisson. (194. — N° 22, avril 1924.) — Muhl. Le métabolisme basal du nourrisson. (4. — 1924, p. 1 à 142.) — Musselman. L'immunité naturelle chez le nouveau-né. (5. — Vol. VIII, n^{os} 1 et 2, 1924.) — Thomas. Les réactions vaso-motrices chez l'enfant. (266. — N° 10, oct. 1924.) — Tisdall et Brown. L'acidité des selles chez le nourrisson. (8. — Avril 1924.)

III. — LES GLANDES ENDOCRINES CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Gaifami. Notes d'endocrinologie fœtale. (163. — Juin 1924.) — Keene et Hewer. L'activité glandulaire chez le fœtus humain. (118. — 19 juillet 1924.) — Peterson et Miller. Le thymus du nouveau-né et sa signification pour l'accoucheur. (103. — Vol. 83, n° 4, juillet 1924.) — Waring. Le thymus chez le nourrisson et l'enfant. (85. — N° 13, juillet 1924.)

Chapitre II.

HÉRÉDITÉ

Dans une série de leçons faites à l'École d'anthropologie, et réunies en une brochure aux Éditions du *Progrès Médical,* Vignes a étudié et mis au point diverses questions relatives à l'hérédité et à la pathologie anténatale.

Bibliographie.

Aebly. Le cancer est-il une maladie héréditaire. (253. — N° 35, 30 août 1924.) — Dana. L'hérédité. (133. — Juin 1924.) — Dossena. Transmission héréditaire des caractères des groupes sanguins. (19. — Août 1924.) — Gradenigo. Sur l'hérédité morbide chez l'homme. (193. — N° 33, août 1924.) — Hirsch. Constitution et race. (253. — N° 27, 5 juillet 1924.) — Castle. L'hérédité des différences de taille dépend-elle de facteurs généraux ou spéciaux. (168. — N° 1, janv. 1924.) —

Meulengracht. L'hérédité comme facteur de maladie. (242. — Janv. 1924.) — Moore. Hérédité. (142. — Oct. 1924.) — Pearl. Facteurs influençant la longévité. (103. — Vol. 82, n° 4, janv. 1924.) — Redfield. Les caractères acquis et l'hérédité. (246. — Sept. 1924.) — Santivaler. L'hérédité dans les affections cardio-vasculaires. (163. — Janv. 1924.) — Tsuda. Informations statistiques sur l'hérédité. (102. — Mai 1924.) — Vignes. 1° Poids des enfants nés de mères cancéreuses. (32. — Séance du 17 mars 1924.) — 2° Poids des enfants nés de mères tuberculeuses. (209. — T. I, 1924, p. 604.) — 3° Cancer et gestation. (261. — 1924.) — 4° Pathologie anténatale et hérédité morbide. (165. — 1er mars 1924.) — 5° La pathologie germinale. (165. — 8 et 29 mars 1924.) — 6° Les échéances de la pathologie anténatale. (165. — 12 avril 1924.) — 7° L'hérédité du cancer. (164. — 24 sept. 1924.) — Vayssière. Répercussions obstétricales de la syphilis des grands-parents. (235. — 15 avril 1924.) — Werdisheim. Les phénomènes de l'hérédité. (133. — Janv. 1924.)

Chapitre III.

PUÉRICULTURE

I. — L'ALIMENTATION DU NOURRISSON

Aikman. L'alimentation du nourrisson. (133. — Avril 1924.) — Bakwin et Kivkin. Volume du sang chez les nourrissons normaux et chez les nourrissons mal alimentés. (8. — Avril 1924.) — Bass. Production de lait acidophile sur une large échelle pour l'usage général. (103. — Vol. 82, n° 9, 1924.) — Bess. La diarrhée des nourrissons et des enfants. (137. — Avril 1924.) — Blan. Les protéines du lait. (133. — Avril 1924.) — Boyd. L'anémie du nourrisson. (34. — Vol. XXVII, n° 7, avril 1924.) — Chatin. Le lait réduit par ébullition, dans l'alimentation des nourrissons. (101. — Fév. 1924.) — Davis. Modification du lait pour l'alimentation des nourrissons. (113. — Nov. 1924.) — Davison. Bactériologie de la diarrhée du nourrisson. (229. — Août 1924.) — Deeks. Le lait condensé ou sec dans l'alimentation des enfants aux colonies. (10. — Mars 1924.) — Armand Delille. Les crèches (chambres d'allaitement) pour le personnel dans les hôpitaux de Paris. (48. — N° 2, janv. 1924.) — Donnelly. Modification du lait de sein. (147. — N° 24, fév. 1924.) — Exchaquet. Le lait albumino-crémeux dans la diététique des nourrissons. (157. — N° 52, 27 oct. 1924.) — Fleming. Ration alimentaire du nourrisson. (42. — 13 oct. 1924.) — Fouassier. L'insolubilisation progressive des poudres de lait. (123. — Mai 1924.) — Fry. Principes fondamentaux dans l'alimentation des nourrissons. (59. — Juin 1924.) — Garrahan. Difficultés dans l'al-.aitement artificiel. (206. — Fév. 1924.) — Goldbloom. Tendances modernes dans l'alimentation du nouveau-né. (59. — Août 1924.) — Grulee. Soins et alimentation

du nouveau-né. (229. — Juin 1924.) — Hess et Milton Matzuer. La valeur du lait acidifié avec le jus de citron. (103. — Vol. 82, n° 20, 1924.) — Hutchinson. Les nourrissons débiles. (42. — 17 mai 1924.) — Jones. Le lait acide dans l'alimentation du nourrisson. (246. — Sept. 1924.) — King. Le début de l'allaitement maternel. (132. — 5 avril 1924.) — Lyon. L'anémie du lait chez les nourrissons. (248. — Avril 1924.) — Mac Kay. La mortalité infantile dans l'allaitement au sein. (147. — Mars 1924.) — Marfan, Turquety et Aris. Emploi du babeurre dans l'alimentation des nouveau-nés débiles. (157. — 1er nov. 1924.) — Mayo. Établissement et maintien de l'allaitement au sein. (132. — 5 avril 1924.) — Myers. Les troubles de la nutrition dans la 1re enfance. (42. — 21 juin 1924.) — Newmann. L'alimentation chez les prématurés. (246. — Avril 1924.) — Pinard. De la puériculture. (164. — N° 1, janv. 1924.) — Pozzi-Escot. Notes de laboratoire sur la recherche des nitrates dans le lait. (52. — N° 1, janv. 1924.) — Rhett. Les soins au nouveau né. (231. — Août 1924.) — Rice. Vomissements du nourrisson et du jeune enfant. (154. — Déc. 1924.) — Sirois. Traitement des diarrhées chez les nourrissons nourris au lait de vache. (51. — N° 8, août 1924.) — Smith et Emerson. Production expérimentale de lait desséché. (40. — 13 nov. 1924.) — Scott. La surveillance du nouveau-né par l'accoucheur. (57. — Juin 1924.) — Stewart et Platon. Méthode simple et rationnelle pour alimenter l'enfant pendant les deux premières années. (135. — Nov. 1924.) — Struthers. Le lait acidifié chez le nourrisson. (59. — Août 1924.) — Talbot. Études sur la croissance. (8. — N° 27, juin 1924.) — Wang et Davis. Métabolisme du lait humain et du lait de vache. (8. — N° 27, juin 1924.) — Wang. Witt, Fietcher. Le métabolisme des éléments minéraux du lait de vache et du lait de sein chez un même enfant. (8. — Avril 1924.) — White. Production de lait pur. (172. — Avril 1924.) — Wiedmann. La diarrhée chez le nourrisson. (142. — Juillet 1924.)

II. — LE RACHITISME

De Buys et von Meysenberg. 1° Le rachitisme et l'huile de foie de morue chez les enfants nourris au sein. (8. — Sept. 1924.) — 2° La teneur en calcium du lait de sein et le rachitisme. (8. — Mai 1924.) — Dalyell. Le rachitisme en Australie. (132. — 5 juillet 1924.) — Garland. L'huile de foie de morue comme agent antirachitique. (40. — 21 août 1924.) — Hammett. Le rachitisme et les parathyroïdes. (72. — Juillet 1924.) — Hess. Le rôle des rayons ultra-violets dans le rachitisme. (34. — Vol. XXVII, n° 8, mai 1924.) — Hess et Mildred Weinstock. Le rachitisme et l'alimentation de la mère pendant la gestation et la lactation. (103. — Vol. 83, nov. 1924.) — Lesné et Vagliano. 1° De l'influence du lait de femme sur le rachitisme expérimental. (209. — T. XCI, 1924.) — 2° Production d'un lait de vache doué de propriétés antirachitiques. (2. — T. 179, séance du 15 sept. 1924.) — Lesné et de Gennes. Traitement du rachitisme par les rayons ultra-violets. (157. — N° 51, 20 déc. 1924.) — Moore. Signes précoces du rachitisme. (103. — Vol. 83, 8 nov. 1924.) — Pouchet. Contribution à l'étude du rachitisme. (238. —

Paris, janv. 1924.) — Feuillée. Rachitisme expérimental. Unification anatomo-pathologique d'ostéopathies variées. (209. — 12 janv. 1924.) — Woringer. La carence solaire dans la première enfance. (104. — N° 23, 7 juin 1924.) — Wright. Le rachitisme infantile à Vienne. (59. — Avril 1924.) — Wiman et Weymuller. Traitement du rachitisme par les vapeurs mercurielles. (103. — Vol. 83, 8 nov. 1924.)

Chapitre IV.

MALFORMATIONS CONGÉNITALES

I. — MALFORMATIONS DE LA FACE, DU CRANE ET DE LA COLONNE VERTÉBRALE

Castaldi. Observation rare d'un cas de cyclopie sur un embryon humain de 2 mois. (35. — N° 2, 1924.) — Debrez et Firket. Hydrocéphalie, encéphaloéèle occipitale et spina bifida ; observation anatomo-clinique et revue critique. (12. — N° 3, sept. 1924.) — Delchef et Ory. Dysostose cleido-crânienne compliquée d'absence des branches ischio-pubiennes et de double coxa vara congénitale. (204. — 28 juin 1924.) — Dufoix et Foulquier. Sur un cas de bec de lièvre complexe bilatéral. (210. — T. XIII, n° 5, 1924.) — Éparvier et Rendu. Spina bifida opéré dès la naissance. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Foix et Hillemand. Dystrophie cruro-vésico-fessière par agénésie sacro-coccygienne. (182. — 5 nov. 1924.) — Grisanti. Traitement de l'encéphalocèle. (158. — 15 août 1924.) — Hertzberg. Malformations de la face. (133. — 2 juillet 1924.) — Neumann. Anomalies d'ossification du crâne des nouveau-nés. (253. — N° 10, 8 mars 1924.) — Péry et Boursier. Encéphalocèle occipitale. (210. — T. XIII, n° 2, 1924.) — Rocher et Favreau. Bec de lièvre double incomplet opéré à la 20e heure après la naissance. (223. — Séance du 1er février 1924.)

II. — LÉSIONS ET MALFORMATIONS CUTANÉES CONGÉNITALES

Adair et Stewart. Lésions congénitales de la peau. (8. — Janv. 1924.) — Commandeur et Rhenter. Un cas d'atrophie congénitale localisée du cuir chevelu et du pariétal. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.) — Garé. Malformations de la peau et des os chez un nouveau-né. (144. — 13 sept. 1924.) — Heidler. Malformations congénitales de la peau chez le nouveau-né. (253. — N° 7, 16 fév. 1924.) — Hirsch. Ichytose congénitale. (254. — Vol. LXXXVIII, cahier 1, 1924.) — Korting. Ma-

cération cutanée chez un enfant vivant. (254. — Vol. LXXXVIII, cahier 3, 1924.) — Neumann. Lésions cutanées congénitales sur les crânes très résistants de nouveau-nés. (253. — N° 11, 15 mars 1924.) — Portniaghine. Brides circulaires amniotiques et sillons congénitaux. (238. — Paris, 1924.) — Walz. Étiologie des malformations de la peau du crâne chez le nouveau-né. (139. — Vol. LXV, cahier 3-4, janv 1924.) — Wile. Érythrodermie ichtyosiforme congénitale. (29. — Oct. 1924.)

III. — MALFORMATIONS DES MEMBRES

Alayrangues. Syndactylie par brides amniotiques. (238. — Paris, juin 1924.) — Frœhlich. Malformations congénitales par brides amniotiques. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Gaetano. Malformations des extrémités. (193. — Janv. 1924.) — Greig. Élévation congénitale de l'omoplate. (70. — Janv. 1924.) — Lagrot. Absence congénitale partielle du tibia ; mains en fourche. (179. — N° 5, 1924.) — Madier et P. L. Marie. Malformations multiples des membres. (228. — Séance du 20 mai 1924.) — Magros et Vodon. Malformations du squelette chez un nouveau-né. (208. — Séance du 2 fév. 1924.) — Massabuau, Brémont et Jaulmes. Absence congénitale du péronée (50. — Séance du 19 déc. 1924.) — Nové-Josserand. Coxa valga héréditaire compliquée d'arthrite et accompagnée de troubles étendus de l'ossification. (179. — N° 5, 1924.) — Pires de Lima. Onycatrophie familiale congénitale. (16. — N° 5, mai 1924.) — Rabaud et Hovelacque. Absence congénitale du cubitus, du radius, du tibia et du péronée (ectromélie longitudinale intercalaire hémisegmentaire). (179. — N° 1, janv. 1924.) — Rocher. Coxa vara congénitale ; sacralisation unilatérale. (223. — Seance du 5 déc. 1924.) — Rocher et Valette. Mutilations des deux mains par brides amniotiques. (225. — Séance du 14 janv. 1924.) — Sachs. Nouveau-né avec subluxation congénitale du genou. (253. — N° 7, 16 fév. 1924.) — Smith. Déformations congénitales des pieds et des mains. (118. — N° 1, avril 1924.) — Stovitch. Absence congénitale partielle et atrophie du fémur. (238. — Paris, juillet 1924.) — Trèves. Traitement du pied bot du nourrisson. (228. — Séance du 17 juin 1924.)

IV. — MALFORMATIONS CONGÉNITALES DU CŒUR

Broc, Chaurand et Jaubert de Beaujeu. Trois cas de malformations congénitales du cœur. (181. — N° 8, août 1924.) — Gonnet et Morel. Malformation cardiaque : communication interventriculaire sans signes stéthoscopiques chez un fœtus à terme. (210. — T. XIV, n° 1, séance de Lyon du 10 nov. 1924.) — Lemaire et Blechmann. Affections congénitales du cœur. (149. — Mars et mai 1924.) — Owen et Kingsburg. Cardiopathies congénitales du nouveau-né. (43. — Juillet-sept. 924.)

V. — HERNIES

Briand. Cure radicale d'un exomphale. (210. — T. XIII, nº 8, 1924.) — Dauch. Contribution à l'étude de la hernie diaphragmatique congénitale du nouveau-né et du nourrisson. (238. — Montpellier, 1923-1924.) — Guyot et Chavannaz. Un cas de hernie ombilicale d'origine fœtale. (225. — Séance du 21 janv. 1924.) — Rendu. Hernie ombilicale embryonnaire guérie par l'intervention à la 12e heure. (210. — T. XIII, nº 8, 1924.) — René François. Hernie ombilicale volumineuse chez un nouveau-né. Opération. Guérison. (49. — 12 mars 1924.) — Rocher. Quand et comment opérer les hernies inguinales chez les nourrissons. (223. — Séance du 9 mai 1924.)

VI. — TORTICOLIS CONGÉNITAL

Le Fort et Ingelrans. A propos du torticolis congénital, d'origine vertébrale. (179. — Nº 5, 1924.) — Stern. Étiologie du torticolis congénital. (139. — Vol. LXV, cahier 3-4, 1924.)

VII. — DISPOSITION ANORMALE DES ORGANES

Guilleminet et Ricard. Note sur un cas d'anomalie de disposition des organes sous-diaphragmatiques. (128. — 21 sept. 1924.) — Leuriaux. Un cas de dextrocardie. (226. — Séance du 26 avril 1924.) — Pezzi et Carugoti. Dextrocardie et transposition viscérale chez deux jumeaux. (264. — Oct. 1924.) — Ramsey. Absence congénitale et héréditaire de glandes salivaires. (8. — Oct. 1924.)

VIII. — RÉTRÉCISSEMENTS CONGÉNITAUX DU DUODÉNUM

Cochran. Sténose hypertrophique du pylore. (57. — Vol. 22, avril 1924.) — Davis. Un cas de sténose hypertrophique du pylore avec vomissements bilieux. (132. — 19 juillet 1924.) — Downes. Sténose du pylore congénitale. (132. — 5 juillet 1924.) — Guibal. L'occlusion intestinale congénitale aiguë ; étude des rétrécissements, oblitérations, et interruption du jejuno-iléon. (238. — Montpellier, 1923-1924.) — Hohlbaum. Sténose duodénale par tumeur chez un nouveau-né. (253. — Nº 28, 12 juillet 1924.) — Lanzarini. Sténose congénitale du pylore. (194. — Nº 22, mars 1924.) — Marfan, Turquety et Debray. Rétrécissement

congénital du duodénum. (149. — Mars 1924.) — Martin. Sténoses congénitales du pylore. (228. — Séance du 18 nov. 1924.) — Moore. Sténose hypertrophique du pylore chez deux jumeaux. (229. — Mars 1924.) — Morrisson. Sténose congénitale du pylore (40. — 30 oct. 1924.) — Pehu et Auberge. Les rétrécissements congénitaux du duodénum observés chez l'enfant. (23. — Juin 1924.) — Poynton et Higgins Sténose pylorique hypertrophique. (118. — Fév. 1924.) — Ruelle. Le syndrome pylorique chez l'enfant. (180. — N° 249, 20 mars 1924.) — Sauer. Hypertrophie du pylore et sténose. (8. — N° 27, juin 1924.) — Smith. Sténose pylorique hypertrophique. (61. — Juin 1924.) — Suner. Considérations cliniques sur la sténose pylorique du nourrisson. (157. — N° 50, 13 déc. 1924.)

IX. — MALFORMATIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Bœckel et Franck. Epispadias chez une fillette. (227. — 20 déc. 1924.) — Glass. Phimosis vrai congénital et phimosis acquis dans la première année de la vie. (68. — N° 5, 1er fév. 1924.) — Lefèvre. Fistule congénitale du dos du pénis observée chez un enfant. (238. — Paris, nov. 1924.) — Lelièvre et Walther. 5 cas de reins polykystiques congénitaux à l'appui de la théorie dysembryoplastique. (53. — Séance du 26 janv. 1924.) — Lerat et Moutier. Rein en ectopie pelvienne avec malformations étendues de l'appareil génital. (79. — Mars 1924.) — Mac Leman. Double pénis et double vulve. (265. — Mai 1924.) — Meyer. Deux cas de cystocolpos double chez un nouveau-né. (253. — N° 7, 16 fév. 1924.) — Seubert. Deux reins du même côté et malformation utérine concomitante. (141. — N° 40, 1924.) — Southby. Absence congénitale d'un rein. (132. — N° 1, mars 1924.) — Vayssière et Artaud. Malformation et dilatation de l'urèthre. (210. — T. XIII, n° 1, 1924.) — Waterlot. Contribution à l'étude de l'epispadias féminin et de son traitement chirugical. (238. — Lille, janv. 1924.)

X. — TUMEURS CONGÉNITALES

Audebert et Baillat. Tératome sacrococcygien. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Besson et d'Halluin. Un cas de sarcome congénital du bras chez un nouveau-né. (105. — 16 nov. 1924.) — Corsy. Sur la présence d'ébauches hépatiques dans un embryome sacro-coccygien. (50. — Séance du 25 fév. 1924.) — Gallethy. Tumeurs sacrées d'origine congénitale. (167. — Vol. XVII, n° 7, sept. 1924.) — Garcia. Trois cas de tumeur congénitale du foie. (171. — 10 fév. 1924.) — Ménétrier, Peyron, Mme Bertrand-Fontaine. Embryome de la région coccygienne chez un fœtus de 6 mois. (32. — N° 1, janv. 1924.) — Renault et Binet. Tumeur sacro-coccygienne chez un nourrisson. (228. — Séance du 5 fév. 1924.) — Rendu. Kystes de l'ovaire chez l'enfant. (215. — Séance du 5 mars 1924.) — Mlle Wœlz. Kyste fœtal de la région coccygienne. (210. — T. XIII, n° 6, 1924.)

XI. — MONSTRUOSITÉS FŒTALES

Huillet. Monstre unitaire autosite. (54. — N° 10, nov. 1924.) — Krause. Un cas rare de malformation double. (254. — Vol. LXXXVIII, cahier 1, fév. 1924.) — Kuhn. Étude d'un monstre thoracopage. (208. — Séance du 5 janv. 1924.) — Larranaga. Un cas de monstruosité. (189. — N° 99, mars 1924.) — Schugt. 3 cas de monstruosités fœtales. (22. — Vol. CXIX, cahier 2, 1924.) — Voron, Rhenter, Calvel. Monstre double opodyme. (210. — T. XIII, n° 4, 1924.)

Chapitre V.

PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NÉ

I. — AFFECTIONS CUTANÉES

Bantchewsky. Mort subite au cours de l'eczéma chez les nourrissons. (238. — Paris, juin 1924.) — Closson. Eczéma du nourrisson et de l'enfant. (148. — Déc. 1924.) — Fisher et Wittenberg. Dermatite exfoliatrice du nouveau-né. (28. — Sept. 1924.) — Gifford. Un cas de sclérème du nouveau-né. (42. — 10 mai 1924.) — Hallez. Les dermatoses exfoliatrices du nourrisson. (166. — N° 19, oct. 1924.) — Hudelo et Louet. Mort subite dans l'eczéma chez le nourrisson. (217. — Séance du 10 avril 1924.) — Hugel. Un cas d'erythrodermie exfoliatrice du nouveau-né. (185. — Séance du 13 janv. 1924.) — O'Keefe. L'eczéma chez l'enfant exclusivement nourri au sein. (40. — Mars 1924.) — Ormos. Inflammation purulente des téguments de la poitrine chez un nouveau-né de 47 heures. (68. — N° 2, 11 janv. 1924.) — Piloz et Nguyen-Minh-Tan. Un cas de nécrose de la peau chez un nouveau-né. (54. — N° 10, nov. 1924.) — Rosemberg. L'eczéma du nourrisson. (94. — Août 1924.) — Stuart. L'eczéma du nourrisson. (40. — Mars 1924.)

II. — AFFECTIONS RÉNALES

Bruce. Pyélites du nourrisson. (114. — Déc. 1924.) — Bugbee et Wollstein. Pathologie chirurgicale du tractus urinaire chez le jeune enfant. (103. — Vol. 83, déc. 1924.) — Gerstenberger. Les pyélites chez le nourrisson. (153. — Juin 1924.) — Schwarz. Les affections rénales dans l'enfance. (8. — N° 27, mars 1924.)

III. — AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

Grinnan. La spasmophilie chez le nourrisson. (246. — Oct. 1924.) — Johannsen. Étiologie de la spasmophilie. (4. — Vol. 3, fév. 1924.) — Magos et Wodon.

Dysphasie congénitale. (208. — Séance du 2 fév. 1924.). — Variot, Bonnot, Russesco. Paralysie du cubital chez un nourrisson de 7 mois. (104. — N° 27, juillet 1924.)

IV. — AFFECTIONS PULMONAIRES

Jumon. Formes cliniques de l'asthme infantile. (104. — N° 10, mars 1924.) — Moffett. Les pneumonies du nourrisson. (29. — N° 11, nov. 1924.) — Ribadeau-Dumas. La contagion des broncho-pneumonies. (104. — N° 15, avril 1924.) — Stephens. L'empyème chez le nourrisson. (132. — N° 1, mars 1924.) — Weill et Gardère. La pneumonie caséeuse du nourrisson. (216. — Séance du 8 avril 1924.)

V. — LA TUBERCULOSE

Armand Delille. Le rôle de la contagion familiale dans la tuberculose de l'enfant. (104. — N° 34, 23 août 1924.) — Bartlett et Wollstein. La tuberculose chez le nourrisson. (9. — Nov. 1924.) — Cattaneo. Tuberculose chez le nourrisson. (158. — 1er août 1924.) — Gardère. La tuberculose pulmonaire du nourrisson. Considérations anatomo-cliniques. (101. — 20 fév. 1924.) — Péhu. Sur les les gommes tuberculeuses de la peau observées chez le nourrisson. (101. — 20 fév. 1924.) — Ross et Crowdy. Pyopneumothorax tuberculeux du nourrisson. (8. — N° 27, mai 1924.) — Schloss. Tuberculose du nourrisson. (229. — Vol. XVII, juillet 1924.) — Siperstein et Banguess. Tuberculose cavitaire du nourrisson. (8. — N° 27, juin 1924.) — Turquety. La cuti-réaction au cours de la tuberculose du nourrisson. (104. — N° 29, 19 juillet 1924.) — Ugon. La tuberculose pulmonaire du nourrisson. (27. — N° 18, juin 1924.) — Van Dam Stokkink. Pronostic de la tuberculose du nourrisson. (144. — 13 sept. 1924.)

VI. — L'ICTÈRE DU NOUVEAU-NÉ

Fordyce et Mac Afee. Tendance des nouveau-nés à la jaunisse. (118. — 7 juin 1924.) — Klemperer. Ictère grave du nouveau-né. (8. — Août 1924.) — Maroudis. A propos de l'ictère des nouveau-nés et de la réaction de Widal. (253. — N° 50, 13 déc. 1924.) — Meier. 1° Ictère des nouveau-nés. (139. — Vol. LXVI, cahier 6, 1924.) — 2° Ictère des nouveau-nés. (89. — Séance du 15 janv. 1924.) — Poynton. L'hyperacidité, facteur de l'ictère chez le nouveau-né. (94. — Juin 1924.) — Simon et Zwetana Wellewa. Ictère des nouveau-nés et réaction de Widal. (253. — N° 23, 7 juin 1924.) — Williamson. L'ictère du nouveau-né. Ses rapports avec le sang maternel. (34. — Vol. XXVII, n° 5, fév. 1924.)

VII. — AFFECTIONS INTESTINALES

I. Invagination intestinale.

Boissonas et Martin du Pan. L'invagination intestinale. (266. — N° 10, oct. 1924.) — Camera. A propos du diagnostic et du traitement de l'invagination intestinale aiguë chez les nourrissons. (170. — N° 5, sept. 1924.) — Guibe. Sur l'invagination intestinale aiguë chez le nourrisson. (20. — N° 10, oct. 1924.) — Pratt. Invagination chez l'enfant. (129. — Nov. 1924.) — Thompson. L'invagination aiguë de l'enfant. (42. — 17 mai 1924.) — De Vernejoul et Artaud. Invagination iléo-cæcale chez un nourrisson. (218. — Séance du 7 avril 1924.)

II. Melaena.

Desider von Raisz. L'hémorragie intestinale occulte dans la pathogénie du melaena des nouveau-nés. (253. — N° 28, 12 juillet 1924.) — Fraser. Melaena du nouveau-né traité par injection de sang paternel. (42. — 20 sept. 1924.) — Frazier. Melaena des nouveau-nés. (114. — Juin 1924.) — Hirschberg. Contribution à l'étude du melaena des nouveau-nés. (253. — N° 19, 10 mai 1924.) — Ohnesorge. Un cas d melaena du nouveau-né. (253. — N° 38, 20 sept. 1924.) — Raiz. Hémorragies occultes dans les melaenas des nouveau-nés. (253. — N° 28, 12 juillet 1924.) — Vermelin et Michon. Melaena grave du nouveau-né. Transfusion sanguine, guérison. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.)

III. Affections intestinales diverses.

Appel. Sténose pylorique hypertrophique. (133. — 27 juillet 1924.) — Beckman. Appendicite aiguë chez le nourrisson. (18. — Déc. 1924.) — Borrino. Syndrome pylorospastique du nourrisson. (158. — 1er juin 1924.) — Lindberg. Atonie et insuffisance gastrique en cas d'anorexie ou de vomissements chez le nourrisson. (8. — N° 27, mars 1924.) — Miller et Neff. Entérolithe, cause d'obstruction intestinale chez un enfant nourri au sein. (8. — Fév. 1924.) — Muller et Raodin. L'appendicite aiguë chez l'enfant. (103. — Vol. 82, n° 23, 1924.) — Myers. Appendicite aiguë chez l'enfant, commençant par de la diarrhée et des convulsions. (42. — 8 nov. 1924.) — Rutheford. Obstruction intestinale aiguë du nourrisson. (248. — Oct. 1924.) — Scheid. Affections des annexes chez l'enfant et leur rôle pour le diagnostic différentiel de l'appendicite. (253. — N° 7 a, 16 fév. 1924.) — Thoms. Un cas d'ulcère duodénal chez un nourrisson. (118. — 25 oct. 1924.)

VIII. — LES ANÉMIES DU NOURRISSON

Bass, Denzer, Herman. L'excrétion d'urobiline dans les anémies du jeune enfant. (8. — N° 27, mai 1924.) — Denzer et Merritt. Les anémies du nourrisson. (8. —

Avril 1924.) — Donnally. L'anémie du nouveau-né. (8. — Avril 1924.) — Hallez. Les anémies avec splénomégalie chez les nourrissons. (165. — 4 oct. 1924.) — Navarro et Munin. Les anémies graves du nourrisson. (171. — An XI, n° 8, août 1924.) — Ramsay. Les anémies avec hypertrophie de la rate chez le nourrisson et l'enfant. (43. — Vol. XXI, mars 1924.) — Susstrunk. Anémie grave aplastique chez un nouveau-né. (150. — 24 mai 1924.)

IX. — LA SYPHILIS DU NOURRISSON

Ahman. Traitement de la syphilis congénitale. (156. — 15 août 1924.) — Bereter-vide. Aortite et syphilis congénitale chez l'enfant. Importance du diagnostic radiolo gique. (23. — N° 5, mai 1924.) — Boone et Weech. Traitement de la syphilis héréditaire du nourrisson par le sulfarsénol. (8. — Janv. 1924.) — Boutellier. Recherches sur l'étiologie des maladies des nourrissons : Eczéma et tuberculose, eczéma et syphilis. (16. — N° 7, juillet 1924.) — Cannarsa. Pseudo-paralysie de Parrot. (158. — 15 déc. 1924.) — Fordyce et Rosen. Traitement de la syphilis congénitale. (28. — Mars 1924.) — Guillemot. Essai de traitement de la syphilis héréditaire précoce par le stovarsol. (228. — Séance du 20 mai 1924.) — Henry. Traitement de la syphilis du nourrisson. (235. — 15 avril 1924.) — Jaureguy. Syphilis acquise de l'enfant. (13. — T. IX, n° 2, fév. 1924.) — Lawrence. La syphilis congénitale. (103. — Vol. LXXXII, n° 16, 1924.) — Péhu. La syphilis infantile. (104. — N° 45, 8 nov. 1924.) — Scott. Lésions osseuses de la syphilis congénitale. (8. — Juillet 1924.) — Vallery, Radot et Sales. L'hydrocèle du nourrisson et ses rapports avec la syphilis. (157. — N° 21, 24 mai 1924.) — Whitmore. Syphilis congénitale ; tabes juvénile chez des jumeaux. (135. — Juin 1924.)

X. — INFECTIONS ET INTOXICATIONS

Achard et Thiers. Fièvre para-typhoïde B chez un nourrisson. (1. — N° 7, 1924.) — Adam. Paludisme congénital. (210. — T. XIII, n° 3, 1924.) — Apert. Traitement des vulvo-vaginites des petites filles. (110. — 10 sept. 1924.) — Audebert et Baillat. Ostéomyélite du nouveau-né. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Bettinger. Arthrite à méningocoques chez un nourrisson. (257. — N° 8, août 1924.) — Boatman. Choléra infantile. (232. — Oct. 1924.) — Dopter. L'injection ventriculaire dans la méningite du nourrisson. (157. — N° 23, juin 1924.) — M^lle Eliche. Étude du paludisme chez le nourrisson. (238. — Paris, mars 1924.) — Jaubert. Un cas de vaccination staphylococcique chez un nourrisson. (203. — 15 janv. 1924.) — Lande et Mac Bride. Péritonite à streptocoques du nourrisson. (29. — N° 11, nov. 1924.) — Nord. Ostéomyélite aiguë du nourrisson. (144. — Vol. I, Mars 1924.) — Olivelli. Paludisme congénital. (158. — 15 août 1924.) — Pelfort.

Méningite cérébro-spinale du nourrisson. (27. — Vol. XVIII, 1924.) — Pichette. L'angine rétro-nasale du nourrisson et du jeune enfant. (51. — N° 4, mars 1924.) — Pomini. Sur un cas de péritonite fœtale. (197. — Vol. II, fasc. IV, 1924.) — Ritossa. Présence de l'agent pathogène de la rougeole chez un fœtus de 8 mois né de mère rougeoleuse. (158. — Mai 1924.) — Ruddock. Empoisonnement par le plomb chez l'enfant. (103. — Vol. LXXXII, n° 21, mai 1924.) — Stone. Purpura chez deux jumeaux. (229. — Vol. XVII, mai 1924.) — Tornatola. Prophylaxie de la conjonctivite des nouveau-nés. (159. — Mai 1924.) — Vaucher. Les septicémies du nouveau-né. (104. — N°s 11, 12, 13, de mars 1924.) — Wagers. La mastoïdite aiguë du nourrisson. (122. — Juin 1924.)

XI. — AFFECTIONS DES GLANDES ENDOCRINES

Corcoran et Strauss. Hémorragie surrénale du nouveau-né. (103. — Vol. LXXXII, n° 8, fév. 1924.) — Langhorst. Hémorragies de la surrénale chez un nouveau-né. (253. — N° 38, 20 sept. 1924.) — Russell. La tétanie du nourrisson. (136. — Déc. 1924.) — Skinner. Goitre congénital. (103. — Vol. LXXXII, n° 15, 12 avril 1924.) — Zehnter et Foncin. L'acidité urinaire dans la tétanie du nourrisson. (23. — N° 1, 1924.)

XII. — TUMEURS

De Castro Freire. Traitement des angiomes. (126. — Vol. I, 1924.) — Halle, Veau et Grisel. Sarcome primitif du vagin de l'enfant. (228. — Séance du 19 fév. 1924.) — Nicolaysen. Cancer du foie chez un enfant de 20 jours. (151. — Sept. 1924.)

XIII. — LA GANGRÈNE

Duperie. Le syndrome de Raynaud chez le nourrisson. (157. — 20 sept. 1924.) — Hoopman. Gangrène du pied chez un nourrisson. (132. — Vol. I, mars 1924.) — Stefansky. Affection aiguë épidémique gangréneuse des organes génitaux de l'enfant. (68. — N° 10, 7 mars 1924.)

XIV. — LA TRANSFUSION CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Beck. Nouveauté dans l'appareillage de la transfusion sanguine. (150. — 4 oct. 1924.) — Commandeur et Éparvier. Transfusion sanguine par le sinus longitudinal supé-

rieur chez un nouveau-né atteint de melaena grave. Guérison. (210. — T. XIII, n° 2, 1924.) — Guéniot et Séguy. Transfusion du sang chez les prématurés débiles dans les premiers jours après la naissance. (210. — T. XIII, n° 9, 1924.) — Moore. Usage thérapeutique du sang chez le nourrisson et le jeune enfant et méthode facile de transfusion. (239. — Sept. 1924.) — Oast. Injection intra-péritonéale chez le nourrisson. (246. — Déc. 1924.) — Peralta Ramos et Perez. Transfusion sanguine citratée en cas de melaena du nouveau-né. — (39. — T. III, 28 juillet 1924.) — Vermelin et Michon. Melaena grave du nouveau-né guéri par la transfusion. (210. — T. XIII, n° 7, 1924.) — Vignes. Les hémorragies gastro-intestinales chez le nouveau-né et leur traitement par la transfusion. (100. — 27 déc. 1924.)

XV. — AFFECTIONS DIVERSES DU NOUVEAU-NÉ

Bakwin et Morriss. La concentration sanguine chez le nourrisson fébrile. (8. — N° 27, juin 1924.) — Balbani. Masturbation chez les nourrissons. (163. — 14 juillet 1924.) — Balthazard et Duvoir. Suffocation accidentelle d'un nourrisson par une tétine. (1. — N° 2, 18 janv. 1924.) — Capon. Maladie hémorragique du nouveau-né. (118. — 14 juin 1924.) — Ferreira. La tache bleue mongolique à Sao-Paolo. (23. — N° 2, fév. 1924.) — Fiore. Myopathies chez les nourrissons. (194. — Sept. 1924.) — Kohn. Hypertrophie aiguë du foie chez le nourrisson. (8. — Avril 1924.) — Lavedan. Les hypotrophies de l'enfance. (238. — Paris, mars 1924.) — Lesage. La somnolence chez le nourrisson. (104. — N° 14, avril 1924.) — Magner. Pathologie des mort-nés et des morts de nouveau-nés. (17. — Mai 1924.) — Massabuau, Etienne et Chaptal. A propos de trois cas de fractures pathologiques chez l'enfant. (50. — Séance du 25 janv. 1924.) — Milenkowitch. Contribution à l'étude du larmoiement et de la dacryocystite des nouveau-nés. (238. — Bordeaux, 1923-1924.) — Rutheford. Hernie étranglée chez un enfant de deux mois. (248. — Sept. 1924.) — Schaanning. Hémorragie ombilicale du nouveau-né. (151. — Oct. 1924.) — Schrœder. Les diagnostics erronés dans les affections du nourrisson et de l'enfant. (103. — Vol. 82, n° 24, 1924.) — Spicer. Les fontanelles au cours des maladies de l'enfant. (142. — Janv. 1924.)

ONZIÈME PARTIE

OBSTÉTRIQUE LÉGALE ET SOCIALE

Acima. Mortalité infantile en Argentine. (206. — Janv. 1924.) — Almkoist. Prophylaxie de la syphilis congénitale. (156. — Mars 1924.) — Arthur. La prophylaxie obstétricale. (59. — Août 1924.) — Brault. Les conseils à donner aux filles-mères. (175. — Janv. 1924.) — Buist. Morbidité maternelle. (70. — Mars 1924.) — Burgess. Mortalité maternelle. (70. — Mars 1924.) — Chapman. L'assistance aux mères et aux enfants, sans l'intervention de la bureaucratie. (5. — Vol. VII, n° 3, mars 1924.) — Comelto. La mortalité infantile à la Plata. (206. — Janv. 1924.) — Cristalli. L'accouchement multiple à Naples de 1914 à 1921. (187. — N° 6, 25 mars 1924.) — Darrieux Juson. De la mortinatalité et de la mortalité fœtale consécutives à l'accouchement, à la clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Bordeaux. (238. — Bordeaux, 1923-1924.) — Davis. Diminution de la mortalité infantile grâce aux collectivités et aux individus. (251. — Avril 1924.) — Démelin. Fonctionnement de la Maternité Baudelocque. (238. — Paris, juillet 1924.) — Dujol et Laurent. La collaboration de l'accoucheur et du syphiligraphe dans la lutte contre la mortinatalité d'origine syphilitiqne. (101. — Mars 1924.) — Emerson. La mortalité maternelle et infantile dans les familles médicales. (7. — Juillet 1924.) — Ferreira. Organisation de l'assistauce aux enfants. (27. — Juin 1924.) — Armand Delille. Les crèches (chambres d'allaitemeut) pour le personnel dans les hôpitaux de Paris. (48. — N° 2, janv. 1924.) — Fullerton. Lésions maternelles. (153. — Avril 1924.) — Gaujoux et Rocher. La maison maternelle départementale du Gard. (210. — T. XIII, n° 5, 1924.) — Géant. Fonctionnement de la Maternité Baudelocque. (238. — Paris, 1924.) — Gebhart. Prophylaxie du rachitisme dans le quartier italien à New-York. (6. — Juillet 1924.) — Gentili. Tendances biologiques et sociales en obstétrique. (163. — 19 mai 1924.) — Herber. La mortalité estivale infantile de 0 à 1 an en France. Recherches statistiques. (80. — 11 oct. 1924.) — Le Bail. La mortalité des pupilles des Bouches-du-Rhône au cours de leur première année. Ses causes. Ses remèdes. (238. — Montpellier, 1923-1924.) — Lennox. La mortalité infantile par rapport au milieu familial. (7. — Janv. 1924.) — Mosher. Morbidité et mortalité mater-

nelle aux États-Unis. (5. — Vol. VII, n° 3, mars 1924.) — Nathanson. Prophylaxie obstétricale. (59. — Juin 1924.) — Navarro. Les nouveau-nés en Argentine (poids et taille). (27. — Juin 1924.) — Paucot. Protection de l'enfant avant la naissance par les consultations pré-natales. (187. — N° 18, 25 sept. 1924.) — Peller. Mortalité des nourrissons après la guerre. (250. — N° 4, 24 janv. 1924.) — Pinard. De la puériculture. (164. — N° 1, janv. 1924.) — Pieraccini et Puccioni. La natalité pendant la période de guerre. (197. — Sept.-oct. 1924.) — Renoux. L'assistance aux enfants du premier âge à Paris. (238. — Paris, 1924.) — Rocha Fernandez. Le problème prénatal. (190. — N° 7, juillet 1924.) — Ross. Syphilis et mariage. (172. — Mai 1924.) — Skinner. La morbidité dans la maternité. (148. — Janv. 1924.) — Schweizer. La mortalité infantile à Buenos-Aires. (206. — Janv. 1924.) — Wolff. La preuve de la paternité. (156. — 31 déc. 1924.)

DOUZIÈME PARTIE

HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE ET ÉVOLUTION DE L'OBSTÉTRIQUE

Altman. Les progrès en obstétrique. (229. — Janv. 1924.) — Applegate. L'obstétrique rationnelle au point de vue didactique. (5. — Vol. VII, n° 2, fév. 1924.) — Cova. L'évolution de l'obstétrique dans les 40 dernières années. (198. — Mars 1924.) — Green-Armytage. L'enseignement de l'obstétrique. (98. — Vol. 31, n° 2, 1924.) — Hannah. L'enseignement de l'obstétrique aux étudiants. (229. — Sept. 1924.) — Hannes. Quelques conseils aux accoucheurs praticiens. (68. — N° 35, 29 août 1924.) — Little. L'obstétrique au cours des 25 dernières années. (59. — Oct. 1924.) — Lovelace. Les progrès de la chirurgie depuis l'antiquité. (229. — Fév. 1924.) — Osborn. Les phases médicales et chirurgicales de l'obstétrique. (154. — Déc. 1924.) — Prestridge. Histoire et progrès de la médecine. (239. — Fév. 1924.) — Schumann. La tendance en obstétrique moderne : avance ou régression ? (127. — Vol. XVIII, n° 1, janv. 1924.) — Smit. Les récents progrès de l'obstétrique. (143. — Juin 1924.) — Spencer. La renaissance de l'obstétrique. (42. — 22 nov. 1924.) — Strathern. Les résultats en obstétrique. (135. — Juillet 1924.)

CONCLUSIONS

Après avoir extrait des nombreuses publications françaises et étrangères les principaux travaux relatifs aux nouveautés obstétricales, nous avons rassemblé dans cette étude les tendances des divers auteurs au cours de l'année 1924.

Nous espérons que ce travail pourra rendre aux travailleurs de langue française des services comparables à ceux que les mêmes revues générales étrangères rendent dans les divers pays où elles sont publiées.

Le Président
Couvelaire

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

GESTATION ECTOPIQUE ET NIDATIONS ANORMALES. 1

DEUXIÈME PARTIE

GESTATION NORMALE

CHAPITRE I. Anatomie et physiologie. 7
— II. Diagnostic de la gestation. 15
— III. Hygiène de la gestation. 18

TROISIÈME PARTIE

GESTATION PATHOLOGIQUE

CHAPITRE I. Hémorragies au cours de la gestation. 19
— II. Anémie pernicieuse gravidique. 21
— III. Toxémies gravidiques. 23
— IV. Éclampsie. 24
— V. Décollement prématuré du placenta normalement inséré. . 28
— VI. Vomissements incoercibles. 29
— VII. Affections nerveuses. 30
— VIII. Dermatoses gravidiques. 32
— IX. Infections et intoxications au cours de la gestation. . . 32
— X. Affections pulmonaires. 33
— XI. Syphilis et gestation. 35
— XII. Affections des glandes endocrines. 38
— XIII. Affections hépatiques. 39

CHAPITRE XIV. Affections rénales et urinaires. 40
— XV. Affections cardio-vasculaires. 42
— XVI. Môle hydatiforme. 44
— XVII. Hydramnios. 45
— XVIII. Autres maladies de l'œuf. 46
— XIX. Tumeurs et gestation. 46
— XX. Affections chirurgicales. 51
— XXI. Mort du fœtus in utero. 55
— XXII. Radium, rayons et gestation. 56

QUATRIÈME PARTIE

GESTATIONS MULTIPLES. 59

CINQUIÈME PARTIE

AVORTEMENT.. 61

SIXIÈME PARTIE

LA PARTURITION NORMALE. 63

SEPTIÈME PARTIE

PARTURITION PATHOLOGIQUE

CHAPITRE I. Viciations pelviennes. 65
— II. Dystocie d'origine maternelle. 67
— III. Dystocies fœtales.. 71
— IV. La délivrance et ses accidents. 73
— V. Lésions maternelles consécutives à l'accouchement. . . . 75
— VI. Le choc obstétrical. 77
— VII. Lésions fœtales consécutives à l'accouchement. 78

HUITIÈME PARTIE

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

CHAPITRE I. Conduite à tenir dans la parturition normale. 81
— II. Analgésie et anesthésie. 82
— III. Les ocytociques. 84

CHAPITRE IV. Le forceps. 86
— V. La version. 88
— VI. Dilatation du col 89
— VII. Pelvitomies. 89
— VIII. Hystérotomies 91
— IX. Accouchement provoqué 95
— X. La transfusion sanguine en obstétrique. 96

NEUVIÈME PARTIE

SUITES DE COUCHES

CHAPITRE I. Anatomie et physiologie. 97
— II. Sécrétion lactée. 98
— III. Infection puerpérale. 99
— IV. Infections mammaires. 103
— V. Inversion utérine puerpérale. 104
— VI. Affections diverses pendant les suites de couches. . . . 104

DIXIÈME PARTIE

SUITES DE NAISSANCE

CHAPITRE I. Anatomie et physiologie 107
— II. Hérédité. 108
— III. Puériculture. 109
— IV. Malformations congénitales. 111
— V. Pathologie du nouveau-né. 115

ONZIÈME PARTIE

OBSTÉTRIQUE LÉGALE ET SOCIALE. . . 121

DOUZIÈME PARTIE

HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE ET ÉVOLUTION DE L'OBSTÉTRIQUE. 123

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT (2-1926).